

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

230

Année 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Avril 1910 à 1 heure

PAR

Henri GARBAN

Né à Bourges, le 9 Août 1879

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

de l'Hôpital Hérold (Enfants-Malades)

et des Maternités de l'Hôtel-Dieu

et de l'Hôpital Saint-Antoine

Médaille de bronze de l'Assistance Publique (Externat-Internat)

Médaille de bronze des Epidémies

UN SANATORIUM D'HOPITAL

LE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

A l'Hôpital Hérold (Enfants-Malades)

(1902-1909)

Président : M. HUTINEL, professeur

Juges { MM. PIERRE MARIE, professeur
JEANSELME, agrégé
NOBECOURT, agrégé

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie} Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910

230

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Avril 1910 à 1 heure

PAR

Henri GARBAN

Né à Bourges, le 9 Août 1879

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

de l'Hôpital Hérold (Enfants-Malades)

et des Maternités de l'Hôtel-Dieu

et de l'Hôpital Saint-Antoine

Médaille de bronze de l'Assistance Publique (Externat-Internat)

Médaille de bronze des Epidémies

UN SANATORIUM D'HOPITAL

LE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

A l'Hôpital Hérold (Enfants-Malades)

(1902-1909)



Président : M. HUTINEL, professeur

Juges : MM. PIERRE MARIE, professeur

JEANSELME, agrégé

NOBECOURT, agrégé

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie} Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CR. RICHET
Physique médicale.		GABRIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		ACHARD
Pathologie médicale.	{	WIDAL
		DEJERINE
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.		PIERRE MARIE
Histologie.		PRENANT
Opérations et appareils.		HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.		POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène.		CHANTEMESSE
Médecine légale.		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.	{	DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
Maladies des enfants.		HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
		DELBET
Clinique chirurgicale.	{	QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements	{	PINARD
		RIBEMONT-DESSAIGNES
		POZZI
Clinique gynécologique.		KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile.		ALBERT ROBIN
Clinique thérapeutique.		

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDÉAU	GOSSET	LOFFER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSEME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE CHÉRIE

A MON PÈRE

A MA CHÈRE FIANCÉE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de clinique infantile à l'hôpital des Enfants-Malades
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE DOCTEUR CAMPENON

M. LE DOCTEUR BARTH

M. LE PROFESSEUR QUÉNU

M. LE DOCTEUR JALAGUIER

Externat (1901-1902)

M. LE DOCTEUR SOUPAULT (*In Memoriam*)

Externat (1902-1903)

M. LE DOCTEUR BRAULT

(Externat 1903-1904)

M. LE DOCTEUR BEURNIER

Internat provisoire (1904-1905)

M. LE DOCTEUR SÉGLAS

Internat provisoire (1905-1906)

M. LE DOCTEUR VILLEMIN

M. LE DOCTEUR WALTHER

Internat (1906-1907)

M. LE DOCTEUR HALLOPEAU

M. LE DOCTEUR ARROU

M. LE DOCTEUR CHAMPETIER DE RIBES

M. LE DOCTEUR DOLÉRIS

Internat (1907-1908)

M. LE DOCTEUR BRAULT

Internat (1908-1909)

M. LE DOCTEUR BARBIER

Internat (1909-1910)

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

BEZANÇON, LENORMANT

A MM. LES DOCTEURS BOUFFE DE SAINT-BLAISE

FREDET, FROIN, FUNCK-BRENTANO, GANDY

Un Sanatorium d'Hôpital

INTRODUCTION

En 1896, dans les conclusions de leur rapport à la commission de la tuberculose, MM. Grancher et Thoinot avaient émis l'idée qu'on peut trouver à l'hôpital toutes les ressources thérapeutiques dont dispose le sanatorium pour améliorer et guérir la tuberculose. Dès 1901, M. le Dr Barbier réalisait à Paris le premier *sanatorium d'hôpital* en installant à l'hôpital Hérold une cure d'air pour ses enfants tuberculeux. L'Assistance Publique disposait bien pour eux de sanatoriums bien conditionnés (Hendaye, Banyuls, Forges, etc.), mais les demandes étaient si nombreuses et les élus si rares que le départ était souvent retardé pendant de longs mois. C'est pour permettre aux enfants d'attendre ce départ dans de meilleures conditions que le sanatorium d'Hérold fut d'abord institué. Mais les résultats thérapeutiques furent très encourageants : on put songer bientôt à n'envoyer les petits malades dans les sanatoriums que pour maintenir une guérison que l'hôpital avait permis d'obtenir.

Ce sont les résultats de ce sanatorium d'hôpital que nous voulons rapporter ici (1).

Nous décrirons d'abord l'installation et le fonctionnement du sanatorium ;

Nous en étudierons ensuite les résultats ;

Nous dirons enfin par quelles œuvres il est nécessaire de poursuivre, hors de l'hôpital, la lutte contre la tuberculose infantile.

Mais, avant de commencer cette étude, nous voulons dire à M. le Dr Barbier toute notre gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli, nous garderons toujours le souvenir ému de l'année d'internat qu'il nous a permis de passer auprès de lui.

1. Des résultats partiels en ont déjà été communiqués par M. le Dr Barbier, *La tuberculose infantile*, février 1904. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 22 décembre 1905 —, et par M. le Dr Nicolle, son élève. (Thèse de Paris, 1904).

CHAPITRE PREMIER

Installation et fonctionnement du sanatorium

Nous ne pouvons mieux décrire la situation et l'installation du sanatorium de l'hôpital Hérold qu'en rapportant ce qu'écrivait à son sujet M. Barbier en 1904 (1).

« L'hôpital Hérold possède toutes les conditions requises pour y adjoindre le sanatorium d'hôpital. Situé sur le versant de la colline où se trouvent les Buttes-Chaumont, il occupe, contre les fortifications, un plateau qui est légèrement dominé vers le sud et le sud-est, tandis que vers le nord et le nord-ouest, il occupe une position dominante qui en rend parfaites l'aération et l'insolation. Il n'y a que peu de maisons aux alentours. Vers Paris, ce sont les Buttes-Chaumont ou des terrains vagues ; plus loin, l'immense étendue des abattoirs de la Villette. De cette terrasse, on embrasse un panorama très étendu, qui va de Pantin à Montmorency.

C'est sur cette terrasse, derrière les bâtiments servant actuellement de salles d'hospitalisation pour les malades de médecine générale, que j'ai fait installer d'une façon permanente, depuis l'heure du lever jusqu'au dîner, tous les enfants atteints de tuberculose, et que j'avais alors dans mes salles.

Le matériel a été des plus simples. J'ai obtenu quelques chaises longues, en osier. Les couvertures des lits ont servi

1. *La tuberculose infantile*, 15 février 1904.

pour envelopper les malades. Malheureusement, au début du moins, aucun abri ne protégeait les malades du vent, du soleil ou de la pluie et la cure d'air se trouvait fatalement limitée aux jours de beau temps. Contre le soleil, les malades avaient l'ombre projetée par les bâtiments et, au fur et à mesure que celle-ci se déplaçait, on changeait également la disposition des chaises longues. Entre autres inconvénients, une organisation aussi élémentaire ne permettait pas toujours de laisser les malades à l'abri du vent.

Au commencement de l'année 1903, à la suite d'une visite que je fis à M. Mesureur, j'obtins la construction de tentes très simples, peu coûteuses, composées de quatre supports en bois aux quatre angles, d'un toit de toile imperméable, et de parois également de toiles montées sur des anneaux et des tringles en fer. Ces tentes étaient ouvertes d'un côté et chacune pouvait contenir sept à huit chaises longues placées côte à côte.

Grâce à ces tentes, mes malades purent faire leur cure par tous les temps, pendant les périodes tempérées et chaudes du moins. »

Telle était encore l'installation du sanatorium au commencement de 1909 ; mais quand les nouveaux pavillons de l'hôpital furent ouverts aux malades et que les jardins furent débarrassés des matériaux de construction qui les encombraient, on installa les cures d'air de façon un peu plus confortable, quoique tout aussi peu coûteuse ; sur la terrasse qui domine Pantin, on installa pour la cure d'air des filles une tente en toile plus spacieuse que l'ancienne et fermée comme elle de trois côtés ; une toile formant auvent protégeait les enfants de la pluie et des rayons du soleil ; sous cette tente, purent prendre place douze à quatorze chaises longues. Pour les garçons, on construisit un abri en bois recouvert de carton bitumé, et fermé de trois côtés, comme la tente des filles, par des toiles imperméables ; sous cet abri, on put loger une dizaine de chaises longues. Tout récemment enfin, on a établi, sur le même

modèle que cette dernière, une cure d'air pour les nourrissons, mais elle a donné encore trop peu de résultats pour qu'on en puisse faire état dans ce travail. Nous avons insisté un peu longuement sur ces détails d'ordre technique pour montrer combien est peu onéreuse une semblable installation, quand on dispose d'un terrain convenablement orienté et aéré.

C'est à cette cure que les malades passent la plus grande partie du jour : à moins d'une indication pathologique nécessitant le séjour au lit, ils ne rentrent en salle que pour y passer la nuit ou parfois en hiver, quand l'état atmosphérique est trop mauvais. Dans ce cas, pour les filles au moins, on a prévu dans les nouveaux pavillons un grand hall éclairé par de larges baies vitrées qu'on ouvre toutes grandes quand les enfants doivent y faire leur cure d'air, installées sur leurs chaises longues ; disons de suite que cette cure à l'intérieur, quoique très bien aménagée, ne donne jamais les résultats de la cure au dehors ; au bout de peu de jours, l'appétit est moins bon, les couleurs moins vives, et les enfants demandent d'elles-mêmes à revenir au plein air dès que le temps le permet.

Pour remédier à la vie un peu contemplative que mènent forcément les enfants étendus sur leurs chaises longues une grande partie du jour, on a institué des classes faites en plein air ou dans un local bien aéré, et coupées par deux récréations où l'on interdit cependant aux enfants une activité trop grande.

Le *régime alimentaire* est celui de l'hôpital correspondant à l'âge des enfants : on y ajoute seulement deux jaunes d'œuf et 100 à 120 grammes de viande crue.

Comme *médicaments*, chaque malade reçoit 20 à 30 grammes par jour et d'une façon continue de sirop iodotannique. Chaque soir, avant le coucher, on fait à chacun une friction alcoolisée sur tout le corps ; puis chacun d'eux prend un verre de lait chaud sucré auquel, pendant une semaine sur deux, on a ajouté une dose de liqueur de Fowler variable selon l'âge.

Le *recrutement* du sanatorium est assuré par la consultation externe de l'hôpital ; chaque tuberculeux avant de passer au sanatorium est mis en observation pendant quelques jours dans la salle de médecine générale ; sa fiche est établie et, du jour où il passe dans la section affectée au sanatorium, il n'est plus examiné, à moins d'indications spéciales, que tous les quinze jours ; le résultat de chaque examen est noté sur la fiche de l'enfant et sur le schéma qui permet de suivre les modifications des signes physiques. Il est bien entendu qu'on ne met pas en cure les granulies ni les méningites tuberculeuses, pas plus que les tuberculeux cachectiques dont le pronostic est fatal à brève échéance.

Les enfants font au sanatorium un séjour de durée très variable ; souvent, les parents les emmènent au bout de quelques semaines trouvant que l'enfant est depuis trop longtemps éloigné d'eux ; d'autres enfants sont renvoyés rapidement parce qu'ils jettent le trouble dans le service, par leur turbulence ou leur indiscipline ; la plupart restent au moins deux à trois mois ; quand leur état est suffisant, on les envoie à Hendaye, à Forges, à Saint-Trojan ou à La Roche.

La tuberculose étant, par essence, une maladie à rechutes, il est fréquent qu'un enfant fasse dans le service des séjours successifs, comme le démontrent les observations qu'on trouvera plus loin.

Quant aux résultats éloignés obtenus chez les malades qu'une nouvelle poussée congestive ne ramène pas à l'hôpital, ils sont bien difficiles à connaître ; bien rares sont les parents qui consentent à conduire leurs enfants périodiquement pour les soumettre à l'examen du médecin. Au retour des sanatoriums où l'hôpital les a envoyés, les enfants devraient théoriquement revenir dans le service ou au moins remettre la fiche établie par le médecin du sanatorium où ils ont fait séjour ; malheureusement les fiches s'égarent souvent et les enfants sont, le plus ordinairement, rendus à la famille sans qu'on ait pu constater leur état au retour.

CHAPITRE II

Résultats du sanatorium de 1902 à 1909

Il est indispensable pour apprécier de façon suffisante les résultats thérapeutiques du sanatorium, de séparer d'abord les tuberculoses fermées des tuberculoses ouvertes.

Dans chacun de ces groupes, nous étudierons successivement :

A. — Les tuberculoses pulmonaires ;

B. — Les tuberculoses des séreuses (plèvre et péritoine).

Dans chacun de ces chapitres enfin nous distinguerons :

a) Des tuberculoses fébriles ou non fébriles, sans cachexie ni diarrhée ;

b) Des tuberculoses fébriles avec diarrhée et mauvais état général.

I. — Tuberculoses fermées

A. — TUBERCULOSES PULMONAIRES

Les malades correspondant à ce groupe sont des enfants de cinq à quatorze ans, au teint blême, au visage émacié : les masses musculaires, surtout celles des muscles respiratoires, sont atrophiées.

Ils sont habituellement amenés parce qu'ils s'amaigrissent, qu'ils toussent et crachent depuis quelques mois ; la fièvre à exacerbation vespérale est fréquente, avec ou sans sueurs nocturnes, et les troubles digestifs, anorexie, vomissements, manquent rarement.

L'examen de la poitrine révèle presque toujours des adénopathies trachéo-bronchiques, accompagnées de symptômes de germination tuberculeuse à un sommet, aux deux, ou à la fois aux deux sommets et aux bases.

On trouve également des adénites axillaires ou cervicales, parfois assez volumineuses pour donner une note spéciale au tableau symptomatique.

Souvent aussi les enfants ont souffert de poussées arthralgiques et présentent, surtout au niveau des petites articulations, les lésions typiques du rhumatisme chronique tuberculeux.

a) Tuberculose pulmonaire fermée sans cachexie, ni diarrhée, avec ou sans fièvre

ANNÉE 1902

Garçons : 4. Durée du séjour.

	Nombre de malades
Un mois.	3
Deux mois.	1
Formes de la maladie :	
Ad. br. et S. (1).	4
Avec fièvre : 2.	

Résultats

P. +.	2
Non indiqué.	2

1. Ad. br. signifie adénopathie trachéo-bronchique. S indique la participation des sommets du poumon.

P. le poids : avec + augmentation de poids ; = poids stationnaire ; — poids diminué.

Filles 13. Durée du séjour.

Nombre de malades

Un mois.	4
Deux mois.	4
Plus de deux mois.	5

Formes de la maladie :

Ad. br. et S.	7
Ad. br.	2
Sommets.	4

Résultats

P. +.	11
Non indiqué.	2

ANNÉE 1903

Garçons : 4 Durée du séjour

Un mois.	2
Deux mois.	2

Formes de la maladie :

Ad. br. et S.	4
Avec fièvre : 2.	

Résultats

P. +.	4
---------------	---

Filles : 25. Durée du séjour :

Un mois	6
Deux mois.	17
Plus de deux mois.	2

Parmi ces dernières figure une broncho-pneumonie tuberculeuse à foyers multiples, ayant séjourné deux mois et dix jours, et une autre malade qui a séjourné neuf mois.

Formes de la maladie :

18 TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE A L'HOPITAL HÉROLD

Nombre de malades :

Ad. br. et S.	24
Bronchopn. tub. sub.	1
Avec fièvre : 5.	

Résultats

P. +	25
----------------	----

ANNÉE 1904

Garçons : 11. Durée du séjour :

Un mois	5
Deux mois	2
Plus de deux mois.	1
Non précisé	3
Formes de la maladie :	
Ad. br. et S.	8
Ad. br.	1
Sommets.	2
Avec fièvre : 4.	

Résultats

P. +.	11
---------------	----

Filles : 25. Durée du séjour :

Un mois	11
Deux mois	6
Plus de deux mois.	6
Non indiqué.	2
Formes de la maladie :	
Ad. br. et S.	24
Méningite terminale.	1
Avec fièvre : 6.	

Résultats

P. +.	22
Stationnaire.	1
Non indiqué.	1
Mort par méningite.	1

ANNÉE 1905

Garçons : 5. Durée du séjour :

	Nombre de malades
Un mois	3
Deux mois	1
Plus de deux mois.	1
Formes de la maladie :	
Ad. br. et S.	4
Avec accidents méningés transitoires.	1
Avec fièvre : 2.	

Résultats

Bons chez tous, même le malade qui a eu quelques accidents méningés.

Filles : 22. Durée du séjour :

Un mois	4
Deux mois	7
Plus de deux mois.	9
Encore en traitement.	2
Formes de la maladie :	
Ad. br. et S.	21
Broncho-pneumonie tuberculeuse.	1

Formes fébriles dans 5 cas, dont 3 avec oscillations jusqu'à 39 et 40 degrés.

Résultats

P. +	19
P. =	3

ANNÉE 1906

Garçons : 16. Durée du séjour :

Un mois.	4
Deux mois	5
Plus de deux mois.	7

Nombre de malades

Formes de la maladie :

Ad. br. et S.	10
Ad. br.	2
S.	4
Avec fièvre : 6.	

Résultats

P. +	13
Non indiqué.	3

Filles : 29. Durée du séjour :

Un mois	2
Deux mois	4
Plus de deux mois.	23

Formes de la maladie

Ad. br. et S.	18
S.	4
Ad. br. S et adénite tuberculeuse cervi- cale.	7
Avec fièvre : 10	

Résultats

P +.	28
Un décès par méningite terminale.	1

ANNÉE 1907

Garçons : 15 Durée du séjour

Un mois	3
Deux mois	3
Plus de deux mois.	9

Formes de la maladie

Ad. br. et S.	12
S. et adénite tuberculeuse du cou.	3
Avec fièvre : 6	

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE CHÉRIE

A MON PÈRE

A MA CHÈRE FIANCÉE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de clinique infantile à l'hôpital des Enfants-Malades
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

À MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE DOCTEUR CAMPENON

M. LE DOCTEUR BARTH

M. LE PROFESSEUR QUÉNU

M. LE DOCTEUR JALAGUIER

Externat (1901-1902)

M. LE DOCTEUR SOUPAULT (*In Memoriam*)

Externat (1902-1903)

M. LE DOCTEUR BRAULT

(Externat 1903-1904)

M. LE DOCTEUR BEURNIER

Internat provisoire (1904-1905)

M. LE DOCTEUR SÉGLAS

Internat provisoire (1905-1906)

M. LE DOCTEUR VILLEMIN

M. LE DOCTEUR WALTHER

Internat (1906-1907)

M. LE DOCTEUR HALLOPEAU

M. LE DOCTEUR ARROU

M. LE DOCTEUR CHAMPETIER DE RIBES

M. LE DOCTEUR DOLÉRIS

Internat (1907-1908)

M. LE DOCTEUR BRAULT

Internat (1908-1909)

M. LE DOCTEUR BARBIER

Internat (1909-1910)

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

BEZANÇON, LENORMANT

A MM. LES DOCTEURS BOUFFE DE SAINT-BLAISE

FREDET, FROIN, FUNCK-BRENTANO, GANDY

Un Sanatorium d'Hôpital

INTRODUCTION

En 1896, dans les conclusions de leur rapport à la commission de la tuberculose, MM. Grancher et Thoinot avaient émis l'idée qu'on peut trouver à l'hôpital toutes les ressources thérapeutiques dont dispose le sanatorium pour améliorer et guérir la tuberculose. Dès 1901, M. le Dr Barbier réalisait à Paris le premier *sanatorium d'hôpital* en installant à l'hôpital Hérold une cure d'air pour ses enfants tuberculeux. L'Assistance Publique disposait bien pour eux de sanatoriums bien conditionnés (Hendaye, Banyuls, Forges, etc.), mais les demandes étaient si nombreuses et les élus si rares que le départ était souvent retardé pendant de longs mois. C'est pour permettre aux enfants d'attendre ce départ dans de meilleures conditions que le sanatorium d'Hérold fut d'abord institué. Mais les résultats thérapeutiques furent très encourageants : on put songer bientôt à n'envoyer les petits malades dans les sanatoriums que pour maintenir une guérison que l'hôpital avait permis d'obtenir.

Ce sont les résultats de ce sanatorium d'hôpital que nous voulons rapporter ici (1).

Nous décrirons d'abord l'installation et le fonctionnement du sanatorium ;

Nous en étudierons ensuite les résultats ;

Nous dirons enfin par quelles œuvres il est nécessaire de poursuivre, hors de l'hôpital, la lutte contre la tuberculose infantile.

Mais, avant de commencer cette étude, nous voulons dire à M. le Dr Barbier toute notre gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli, nous garderons toujours le souvenir ému de l'année d'internat qu'il nous a permis de passer auprès de lui.

1. Des résultats partiels en ont déjà été communiqués par M. le Dr Barbier, *La tuberculose infantile*, février 1904. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 22 décembre 1905 —, et par M. le Dr Nicolle, son élève. (Thèse de Paris, 1904).

CHAPITRE PREMIER

Installation et fonctionnement du sanatorium

Nous ne pouvons mieux décrire la situation et l'installation du sanatorium de l'hôpital Hérold qu'en rapportant ce qu'écrivait à son sujet M. Barbier en 1904 (1).

« L'hôpital Hérold possède toutes les conditions requises pour y adjoindre le sanatorium d'hôpital. Situé sur le versant de la colline où se trouvent les Buttes-Chaumont, il occupe, contre les fortifications, un plateau qui est légèrement dominé vers le sud et le sud-est, tandis que vers le nord et le nord-ouest, il occupe une position dominante qui en rend parfaites l'aération et l'insolation. Il n'y a que peu de maisons aux alentours. Vers Paris, ce sont les Buttes-Chaumont ou des terrains vagues ; plus loin, l'immense étendue des abattoirs de la Villette. De cette terrasse, on embrasse un panorama très étendu, qui va de Pantin à Montmorency.

C'est sur cette terrasse, derrière les bâtiments servant actuellement de salles d'hospitalisation pour les malades de médecine générale, que j'ai fait installer d'une façon permanente, depuis l'heure du lever jusqu'au dîner, tous les enfants atteints de tuberculose, et que j'avais alors dans mes salles.

Le matériel a été des plus simples. J'ai obtenu quelques chaises longues en osier. Les couvertures des lits ont servi

1. *La tuberculose infantile*, 15 février 1904.

pour envelopper les malades. Malheureusement, au début du moins, aucun abri ne protégeait les malades du vent, du soleil ou de la pluie et la cure d'air se trouvait fatalement limitée aux jours de beau temps. Contre le soleil, les malades avaient l'ombre projetée par les bâtiments et, au fur et à mesure que celle-ci se déplaçait, on changeait également la disposition des chaises longues. Entre autres inconvénients, une organisation aussi élémentaire ne permettait pas toujours de laisser les malades à l'abri du vent.

Au commencement de l'année 1903, à la suite d'une visite que je fis à M. Mesureur, j'obtins la construction de tentes très simples, peu coûteuses, composées de quatre supports en bois aux quatre angles, d'un toit de toile imperméable, et de parois également de toiles montées sur des anneaux et des tringles en fer. Ces tentes étaient ouvertes d'un côté et chacune pouvait contenir sept à huit chaises longues placées côte à côte.

Grâce à ces tentes, mes malades purent faire leur cure par tous les temps, pendant les périodes tempérées et chaudes du moins.»

Telle était encore l'installation du sanatorium au commencement de 1909 ; mais quand les nouveaux pavillons de l'hôpital furent ouverts aux malades et que les jardins furent débarrassés des matériaux de construction qui les encombraient, on installa les cures d'air de façon un peu plus confortable, quoique tout aussi peu coûteuse ; sur la terrasse qui domine Pantin, on installa pour la cure d'air des filles une tente en toile plus spacieuse que l'ancienne et fermée comme elle de trois côtés ; une toile formant auvent protégeait les enfants de la pluie et des rayons du soleil ; sous cette tente, purent prendre place douze à quatorze chaises longues. Pour les garçons, on construisit un abri en bois recouvert de carton bitumé, et fermé de trois côtés, comme la tente des filles, par des toiles imperméables ; sous cet abri, on put loger une dizaine de chaises longues. Tout récemment enfin, on a établi, sur le même

modèle que cette dernière, une cure d'air pour les nourrissons, mais elle a donné encore trop peu de résultats pour qu'on en puisse faire état dans ce travail. Nous avons insisté un peu longuement sur ces détails d'ordre technique pour montrer combien est peu onéreuse une semblable installation, quand on dispose d'un terrain convenablement orienté et aéré.

C'est à cette cure que les malades passent la plus grande partie du jour ; à moins d'une indication pathologique nécessitant le séjour au lit, ils ne rentrent en salle que pour y passer la nuit ou parfois en hiver, quand l'état atmosphérique est trop mauvais. Dans ce cas, pour les filles au moins, on a prévu dans les nouveaux pavillons un grand hall éclairé par de larges baies vitrées qu'on ouvre toutes grandes quand les enfants doivent y faire leur cure d'air, installées sur leurs chaises longues ; disons de suite que cette cure à l'intérieur, quoique très bien aménagée, ne donne jamais les résultats de la cure au dehors ; au bout de peu de jours, l'appétit est moins bon, les couleurs moins vives, et les enfants demandent d'elles-mêmes à revenir au plein air dès que le temps le permet.

Pour remédier à la vie un peu contemplative que mènent forcément les enfants étendus sur leurs chaises longues une grande partie du jour, on a institué des classes faites en plein air ou dans un local bien aéré, et coupées par deux récréations où l'on interdit cependant aux enfants une activité trop grande.

Le *régime alimentaire* est celui de l'hôpital correspondant à l'âge des enfants ; on y ajoute seulement deux jaunes d'œuf et 100 à 120 grammes de viande crue.

Comme *médicaments*, chaque malade reçoit 20 à 30 grammes par jour et d'une façon continue de sirop iodotannique. Chaque soir, avant le coucher, on fait à chacun une friction alcoolisée sur tout le corps ; puis chacun d'eux prend un verre de lait chaud sucré auquel, pendant une semaine sur deux, on a ajouté une dose de liqueur de Fowler variable selon l'âge.

Le *recrutement* du sanatorium est assuré par la consultation externe de l'hôpital ; chaque tuberculeux avant de passer au sanatorium est mis en observation pendant quelques jours dans la salle de médecine générale ; sa fiche est établie et, du jour où il passe dans la section affectée au sanatorium, il n'est plus examiné, à moins d'indications spéciales, que tous les quinze jours ; le résultat de chaque examen est noté sur la fiche de l'enfant et sur le schéma qui permet de suivre les modifications des signes physiques. Il est bien entendu qu'on ne met pas en cure les granulies ni les méningites tuberculeuses, pas plus que les tuberculeux cachectiques dont le pronostic est fatal à brève échéance.

Les enfants font au sanatorium un séjour de durée très variable ; souvent, les parents les emmènent au bout de quelques semaines trouvant que l'enfant est depuis trop longtemps éloigné d'eux ; d'autres enfants sont renvoyés rapidement parce qu'ils jettent le trouble dans le service, par leur turbulence ou leur indiscipline ; la plupart restent au moins deux à trois mois ; quand leur état est suffisant, on les envoie à Hendaye, à Forges, à Saint-Trojan ou à La Roche.

La tuberculose étant, par essence, une maladie à rechutes, il est fréquent qu'un enfant fasse dans le service des séjours successifs, comme le démontrent les observations qu'on trouvera plus loin.

Quant aux résultats éloignés obtenus chez les malades qu'une nouvelle poussée congestive ne ramène pas à l'hôpital, ils sont bien difficiles à connaître ; bien rares sont les parents qui consentent à conduire leurs enfants périodiquement pour les soumettre à l'examen du médecin. Au retour des sanatoriums où l'hôpital les a envoyés, les enfants devraient théoriquement revenir dans le service ou au moins remettre la fiche établie par le médecin du sanatorium où ils ont fait séjour ; malheureusement les fiches s'égarent souvent et les enfants sont, le plus ordinairement, rendus à la famille sans qu'on ait pu constater leur état au retour.

CHAPITRE II

Résultats du sanatorium de 1902 à 1909

Il est indispensable pour apprécier de façon suffisante les résultats thérapeutiques du sanatorium, de séparer d'abord les tuberculoses fermées des tuberculoses ouvertes.

Dans chacun de ces groupes, nous étudierons successivement :

A. — Les tuberculoses pulmonaires ;

B. — Les tuberculoses des séreuses (plèvre et péritoine).

Dans chacun de ces chapitres enfin nous distinguerons :

a) Des tuberculoses fébriles ou non fébriles, sans cachexie ni diarrhée ;

b) Des tuberculoses fébriles avec diarrhée et mauvais état général.

I. — Tuberculoses fermées

A. — TUBERCULOSES PULMONAIRES

Les malades correspondant à ce groupe sont des enfants de cinq à quatorze ans, au teint blême, au visage émacié : les masses musculaires, surtout celles des muscles respiratoires, sont atrophiées.

Ils sont habituellement amenés parce qu'ils s'amaigrissent, qu'ils toussent et crachent depuis quelques mois ; la fièvre à exacerbation vespérale est fréquente, avec ou sans sueurs nocturnes, et les troubles digestifs, anorexie, vomissements, manquent rarement.

L'examen de la poitrine révèle presque toujours des adénopathies trachéo-bronchiques, accompagnées de symptômes de germination tuberculeuse à un sommet, aux deux, ou à la fois aux deux sommets et aux bases.

On trouve également des adénites axillaires ou cervicales, parfois assez volumineuses pour donner une note spéciale au tableau symptomatique.

Souvent aussi les enfants ont souffert de poussées arthralgiques et présentent, surtout au niveau des petites articulations, les lésions typiques du rhumatisme chronique tuberculeux.

a) Tuberculose pulmonaire fermée sans cachexie, ni diarrhée, avec ou sans fièvre

ANNÉE. 1902

Garçons : 4. Durée du séjour.

	Nombre de malades
Un mois.	3
Deux mois.	1
Formes de la maladie :	
Ad. br. et S. (1).	4
Avec fièvre : 2.	

Résultats

P. +.	2
Non indiqué.	2

1. Ad. br. signifie adénopathie trachéo-bronchique. S indique la participation des sommets du poumon.

P. le poids : avec + augmentation de poids ; = poids stationnaire ; — poids diminué.

Filles 13. Durée du séjour.

	Nombre de malades
Un mois.	4
Deux mois.	4
Plus de deux mois.	5
Formes de la maladie :	
Ad. br. et S.	7
Ad. br.	2
Sommets.	4

Résultats

P. +.	11
Non indiqué.	2

ANNÉE 1903

Garçons : 4. Durée du séjour

Un mois.	2
Deux mois.	2

Formes de la maladie :

Ad. br. et S.	4
Avec fièvre : 2.	

Résultats

P. +.	4
---------------	---

Filles : 25. Durée du séjour :

Un mois	6
Deux mois.	17
Plus de deux mois.	2

Parmi ces dernières figure une broncho-pneumonie tuberculeuse à foyers multiples, ayant séjourné deux mois et dix jours, et une autre malade qui a séjourné neuf mois.

Formes de la maladie :

	Nombre de malades
Ad. br. et S.	24
Bronchopn. tub. sub.	1
Avec fièvre : 5.	

Résultats

P. +	25
----------------	----

ANNÉE 1904

Garçons : 11. Durée du séjour :

Un mois	5
Deux mois	2
Plus de deux mois.	1
Non précisé	3
Formes de la maladie :	
Ad. br. et S.	8
Ad. br.	1
Sommets.	2
Avec fièvre : 4.	

Résultats

P. +.	11
---------------	----

Filles : 25. Durée du séjour :

Un mois	11
Deux mois	6
Plus de deux mois.	6
Non indiqué.	2
Formes de la maladie :	
Ad. br. et S.	24
Méningite terminale.	1
Avec fièvre : 6.	

Résultats

P. +.	22
Stationnaire.	1
Non indiqué.	1
Mort par méningite.	1

ANNÉE 1905

Garçons : 5. Durée du séjour :

Nombre de malades

Un mois 3

Deux mois 1

Plus de deux mois. 1

Formes de la maladie :

Ad. br. et S. 4

Avec accidents méningés transitoires. . . 1

Avec fièvre : 2.

Résultats

Bons chez tous, même le malade qui a eu quelques accidents méningés.

Filles : 22. Durée du séjour :

Un mois 4

Deux mois 7

Plus de deux mois. 9

Encore en traitement. 2

Formes de la maladie :

Ad. br. et S. 21

Broncho-pneumonie tuberculeuse. . . 1

Formes fébriles dans 5 cas, dont 3 avec oscillations jusqu'à 39 et 40 degrés.

Résultats

P. + 19

P. = 3

ANNÉE 1906

Garçons : 16. Durée du séjour :

Un mois. 4

Deux mois 5

Plus de deux mois. 7

Nombre de malades

Formes de la maladie :

Ad. br. et S.	10
Ad. br.	2
S.	4
Avec fièvre : 6.	

Résultats

P. +	13
Non indiqué.	3

Filles : 29. Durée du séjour :

Un mois	2
Deux mois	4
Plus de deux mois.	23

Formes de la maladie

Ad. br. et S.	18
S.	4
Ad. br. S et adénite tuberculeuse cervi- cale.	7
Avec fièvre : 10	

Résultats

P. +	28
Un décès par méningite terminale.	1

ANNÉE 1907

Garçons : 15. Durée du séjour

Un mois	3
Deux mois	3
Plus de deux mois.	9

Formes de la maladie.

Ad. br. et S.	12
S. et adénite tuberculeuse du cou.	3
Avec fièvre : 6	

Résultats

	Nombre de malades
P. +	13
P. —	2
Non indiqué.	1

L'un des enfants en diminution de poids suivait mal la cure ; on l'a renvoyé au bout d'un mois, devant l'impossibilité de le discipliner.

Filles : 18. Durée du séjour

Un mois.	2
Deux mois.	5
Plus de deux mois.	11

Formes de la maladie

Ad. Tr. et S.	15
Bronchopn. tub. sub.	1
S et adénite cervicale tuberculeuse.	2
Avec fièvre : 6	

Résultats

P. +	12
P. =	4
P. —	1
Non indiqué.	1

ANNÉE 1908

Garçons : 5 Durée du séjour

Deux mois.	3
Plus de deux mois	2

Formes de la maladie

Ad. Tr. et sommets	5
Avec fièvre : 3	

Résultats

P. +	4
Non indiqué.	1
Garban	2

22 TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE A L'HOPITAL HÉROLD

Nombre de malades

Filles : 21 Durée du séjour

Un mois.	2
Deux mois	2
Plus de deux mois.	17
Formes de la maladie	14
Ad. Tr. et S	5
S	2
S avec adénite cervicale tuberculeuse	

Résultats

P. +	13
P. —	1
Non indiqué.	7

ANNÉE 1909

Garçons : 8 Durée du séjour.

Un mois.	3
Deux mois.	1
Plus de deux mois.	4
Formes de la maladie :	
Ad. Tr. et S.	7
S. et ostéite tuberculeuse.	1
Avec fièvre : 3.	

Résultats

Tous satisfaisants.

Filles : 21 Durée du séjour

Un mois	7
Deux mois.	8
Plus de deux mois.	6
Formes de la maladie :	

Ad. Tr. et S. 18
 Ad. Tr. et rhumatisme tuberculeux. 3
 Avec fièvre : 7

Résultats

Tous satisfaisants.

En résumé, nous trouvons, pour les formes ci-dessus, les résultats suivants obtenus de 1902 à 1909.

Garçons.

	Nombre de malades	Améliorés	Stationnaires	Echecs.
1902	4	2	«	«
1903	4	4	«	«
1904	11	11	«	«
1905	5	5	«	«
1906	16	13	«	«
1907	15	13	«	2
1908	5	4	«	«
1909	8	8	«	«
	<u>68</u>	<u>60</u>	<u>0</u>	<u>2</u>

Filles

1902	13	11	«	«
1903	25	25	«	«
1904	25	22	1	1
1905	22	19	3	«
1906	29	28	«	1
1907	18	12	4	1
1908	21	13	«	1
1909	<u>21</u>	<u>21</u>	<u>«</u>	<u>«</u>
	174	151	8	4

18 non indiqués.

Au total 242 malades, dont 86 avec fièvre, sur lesquels il y a :

Un très bon résultat chez. 211
 Un médiocre chez. 8
 Deux morts par méningite. 2
 Non indiqués 18

Soit une amélioration de 87 0/0, et si nous comptons les résultats médiocres au nombre de 7, qui n'ont été tels, le plus souvent que par suite d'un séjour trop court, ou par suite de l'indiscipline ou de l'ennui de l'enfant, on trouve comme résultats appréciables de la cure : 219 sur 242, soit 90 0/0.

b) Tuberculose pulmonaire fermée avec entérite.

Ce groupe contient des tuberculoses pulmonaires et ganglionnaires avec diarrhée, fièvre et mauvais état général.

En 1902 : 1 garçon.

Mort au bout de trois mois de séjour, après avoir présenté une légère amélioration au début.

2 filles.

Toutes les deux très améliorées après un séjour de cinq mois et de deux mois et demi.

En 1903 : 2 filles.

Une à poussées fébriles ayant duré cinq mois sur huit mois de séjour avec rechute ; P. + 8000, excellent état local et général à la sortie.

Une avec état stationnaire après un mois.

En 1904 : 4 filles.

Une améliorée après période de cachexie transitoire au début avec P. —, puis P + 1000 ;

Une stationnaire après sept mois de séjour ;

Deux mortes avec diarrhée, vomissements, cachexie.

En 1905 : 1 fille.

Sortie avec P. stationnaire au bout de quatre mois.

En 1909 : 1 fille.

Sortie au bout de trois mois très améliorée.

En résumé : onze malades.

Guéries.	2
Améliorées.	3
Stationnaires	3
Mortes	3

Soit 5 résultats sur 11.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Congestion des deux sommets

Val. Juliette, sept ans.

A l'entrée (11 fév. 1903). — Mauvais état général, anorexie. digestions difficiles, micropolyadénite.

S. D. matité, souffle expiratoire.

B. D. matité, inspiration rude.

Souffle expiratoire au niveau du hile.

17 février-8 mars. — Evolution de bronchite dans les poumons avec poussées de fièvre (38°), mais augmentation du poids.

8-15 mars. — Foyer congestif du poumon droit qui disparaît au bout de quelques jours. Fièvre diminue.

20-27 mars. — Le poids qui avait diminué un peu reprend. Puis quelques craquements du sommet gauche. Un peu de diarrhée et de fièvre.

27 mars-15 avril. — Plus de diarrhée. Fièvre disparaît.

Vers le 15 avril, un peu de pleurite du sommet gauche.

Lorsque l'enfant sort, la température est presque normale et les signes de congestion et de pleurite ont disparu; il reste de la matité aux deux sommets avec respiration rude et quelques râles secs au sommet gauche.

L'enfant a augmenté de 1.300 grammes en 75 jours.

3 juin-12 juillet 1903. — *Deuxième séjour.* — Insuffisamment nourrie à Garches, l'enfant perd 1 kilogramme et rentre anémiée, sans appétit, avec des vomissements et des sueurs nocturnes.

Les signes physiques sont très nets : induration des deux sommets, pleurite du sommet droit et de la base gauche.

L'état général s'améliore rapidement et la malade augmente de poids, les digestions sont bonnes, elle ne tousse plus et la

température est normale lorsqu'elle sort ayant gagné 1.800 grammes.

19 avril-27 juin 1904. — *Troisième séjour.* — L'enfant revient parce qu'elle a maigri et toussé de nouveau.

Les sommets présentent toujours des signes d'induration. On n'a de plus des signes de congestion du poumon gauche, qui disparaissent au bout de quelques jours.

Elle perd d'abord 500 grammes de son poids qu'elle rattrape ensuite et sort avec un bon état général; bien que le poids soit stationnaire.

OBSERVATION II

Congestion des deux sommets. — Adénopathie trachéo-bronchique droite.

M... Léonie, treize ans.

Amenée à l'hôpital le 18 avril 1904 pour anémie.

Malade surtout depuis un mois; début par inappétence et quelques vomissements alimentaires. Digestions faciles; constipation fréquente. Céphalée assez intense. Nuits agitées, rêvasseries, pas de sueurs nocturnes. Dyspnée d'effort.

Mise en apprentissage depuis quatre mois.

A l'entrée. — Enfant au teint pâle, au facies fatigué; appétit capricieux, digestions pénibles; constipation.

Lésions. — Congestion des deux sommets, plus marquée à droite; souffle hilaire d'adénopathie trachéo-bronchique droite.

30 avril. — Malgré l'apparition d'un point de congestion à la base gauche, l'état des poumons s'améliore, mais surtout l'état général se relève; teint plus coloré, retour des forces, appétit meilleur, digestions plus faciles.

Poids en augmentation de 1 kilogramme sur le poids initial.

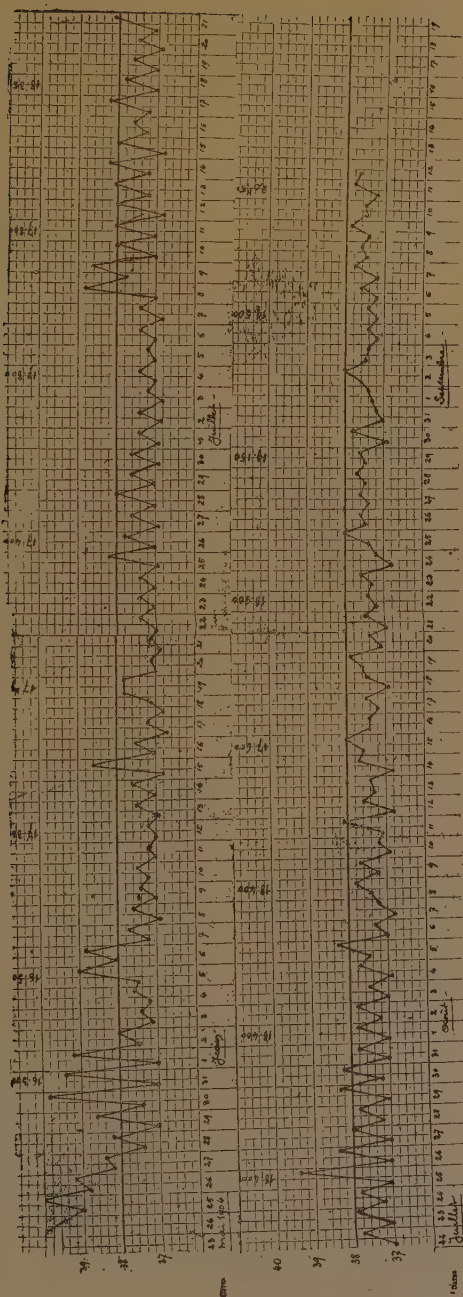
Amélioration progressive de l'état général et local, de telle sorte que l'enfant sort en très bon état le 26 juillet 1904, ayant repris 4 kilogrammes en trois mois et demi.

Elle part pour Hendaye où elle reste six mois.

A son retour d'Hendaye, état général excellent, teint coloré.

Localement, persistance d'une congestion légère du sommet droit.

Son poids a passé de 41 kilogrammes à 47 kil. 900.



C. I, obs. III. Tuberculose pulmonaire fermée.

OBSERVATION . III

Broncho-pneumonie tuberculeuse subaiguë

R. A. André, cinq ans et demi.

Entre le 25 mai 1904 avec poussées congestives des deux poumons, les lésions étant plus marquées à droite.

Téguments décolorés. Etat d'embarras gastrique fébrile (langue saburrale, ventre météorisé, selles très fétides). La température est élevée (à 40°) mais tombe au bout de trois jours.

3 juin. — Nouvelle poussée congestive sur le poumon droit, aux foyers, au sommet et à la base ; température : 37-39 degrés.

8 juin. — Amélioration de l'état général.

25 juin. — Amélioration persistante de l'état général ; poids stationnaire ; persistance des signes congestifs du poumon droit.

1^{er} juillet. — Poussée congestive sur le poumon gauche ; frottements pleuraux à la pointe de l'omoplate droite.

Cependant reprise de l'état général : couleurs des téguments plus vives, gaieté plus grande. P. + 1 kilogramme depuis un mois.

11 juillet. — Etat général bon.

Poumons. — Même signes à gauche ; souffle d'adénopathie trachéo-bronchique droite.

25 juillet. — Poussée congestive sur le poumon droit ; apparition d'un petit épanchement pleural gauche.

Etat général bon ; poids stationnaire en augmentation de 2 kilogrammes sur le poids initial.

Jusqu'au 26 août, pas de modifications notables de l'état local.

A la fin d'août, disparition du souffle pleurétique ; persistance de signes de congestion du sommet droit.

L'enfant part le 14 septembre pour Hendaye, très amélioré au point de vue général et local par son séjour dans le service. A repris 3 kilos en quatre mois.

OBSERVATION IV

Congestion du sommet droit. — Adénopathie trachéo-bronchique droite. — Diarrhée.

L... Marie, dix ans.

Amenée à l'hôpital le 9 mai 1904 pour anémie.

Depuis un mois, douleurs abdominales généralisées, mais plus nettes à la région périombilicale, intensité variable, plus marquées le matin et vers le milieu de la nuit. Inappétence, digestions lentes avec tendance au sommeil. Diarrhée fréquente. Céphalalgie frontale.

Enfant sujette aux bronchites, née de père tuberculeux.

A l'entrée. — Enfant pâle, très anémiée ; amaigrie, ventre un peu ballonné.

Ganglions axillaires droits.

Signes de congestion du sommet droit et souffle hilaire droit.

Evolution. — Pendant le premier mois de séjour, l'enfant bénéficie peu de la cure ; les troubles digestifs rendent l'alimentation difficile ; la température oscille entre 37 et 39 degrés ; le poids reste stationnaire, l'état général varie peu.

A partir du 10 juin, les troubles digestifs sont moins accusés, l'état général se relève, les joues se recolorent, le poids augmente, la température reste à la normale. Jusqu'au dernier jour cependant, l'enfant a eu chaque jour au moins deux selles diarrhéiques, mais les digestions sont beaucoup plus faciles ; l'appétit est revenu, et l'état général est très bon quand l'enfant sort, après deux mois de séjour, avec un gain de 1 kilog. 200 sur le poids initial ; les signes de germination du sommet droit sont sensiblement améliorés.

OBSERVATION V

Infiltration tuberculeuse des deux sommets.

M... Catherine, treize ans.

Soignée l'année précédente pour arthralgies au niveau des deux poignets, ayant duré trois semaines. Aucun antécédent héréditaire.

Amenée à l'hôpital le 6 juin 1904 pour douleurs abdominales apparues il y a deux mois ; douleurs de la région ombilicale, avec irradiation dans les fosses iliaques, sans diarrhée ni constipation. L'enfant maigrit et tousse ; expectoration mucopurulente peu abondante. Dyspnée au moindre effort.

Depuis huit jours, l'enfant est plus fatiguée ; anorexie, sueurs nocturnes.

A l'entrée. — Enfant d'assez bonne apparence, au facies coloré, peu développée pour son âge cependant. Poids : 22 kilos.

Poumons. — Suite du ramollissement du sommet droit ; suite de conglomération du sommet gauche ; congestion des deux bases avec frottements pleuraux.

Expectoration muco-purulente, peu abondante, sans bacilles de Koch.

Evolution. — Pendant le premier mois, selles diarrhéiques et température à exacerbations vespérales (37° - 39°) ; malgré ces symptômes, reprise de l'état général. Au bout d'un mois, disparition de la toux et de l'expectoration, suppression de la diarrhée ; température normale, augmentation progressive et régulière du poids. Persistance des signes locaux.

L'enfant sort très améliorée le 12 août (P. + 3 kgr. en deux mois) ; état général excellent (facies coloré, masses musculaires plus développées), appétit bon ; disparition complète de la toux et de l'expectoration. Température : oscille depuis quinze jours entre 37° et $37^{\circ}3$. Les signes physiques pulmonaires n'ont pas varié.

OBSERVATION VI

Germination du sommet droit

Q... Jeanne, douze ans et demi.

Déjà soignée en juillet 1902 pour adénopathie trachéo-bronchique double et début de tuberculose du sommet gauche.

A l'entrée, 19 juillet 1905. — Enfant de développement à peu près normal, un peu maigre, présentant le teint jaune verdâtre des chlorotiques. Poids : 33 kilogrammes. Ni toux, ni expectoration. Anorexie, nausées fréquentes sans vomissements.

Lésions. — S, de germination du sommet droit, avec souffle

d'adénopathie trachéo-bronchique droite. S. de congestion du sommet gauche.

Evolution. — Reprise de l'état général au bout de quinze jours ; évolution non fébrile ; amélioration considérable de tous les symptômes ; au départ, le 3 septembre, gain de 2 kgr. 500 ; disparition des troubles nerveux gastriques ; atténuation marquée du souffle hilaire droit.

OBSERVATION VII

Adénopathie trachéo-bronchique droite

D... Marie, quinze ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire, il y a treize ans.

Antécédents personnels. — Née et élevée à la campagne, venue à Paris il y a dix mois ; elle est anémiée et pâle depuis deux ans. Depuis son arrivée à Paris, l'enfant maigrit et perd ses forces ; ces troubles se sont accentués depuis qu'elle a été mise en apprentissage ; au mois de septembre dernier, au bout de trois mois d'apprentissage, sa mère doit la reprendre chez elle, l'enfant étant trop affaiblie pour continuer à travailler.

Examen à l'entrée, 3 janvier 1906. — Pâleur cireuse des téguments ; décoloration des muqueuses ; pas d'amaigrissement notable. Poids 43 kilogrammes. Température 37-37°3.

Poumons. — Congestion légère du sommet droit ; gros souffle d'*Adénopathie trachéo-bronchique droite*.

Toux sèche, fréquente ; pas d'expectoration.

Troubles dyspeptiques légers, sensation de plénitude après les repas, vertiges ; pas de vomissements ; constipation habituelle.

L'enfant reste en cure pendant trois mois et demi, et sort avec une amélioration notable ; les téguments ont repris leur coloration normale (les globules rouges sont passés de 3 millions à 4.740.000) ; le poids a augmenté de 5 kilogrammes.

Les signes pulmonaires sont restés stationnaires.

OBSERVATION VIII

Congestion des deux sommets. — Adénopathie trachéo-bronchique droite.

B... Marcel, cinq ans.

Antécédents héréditaires. — Père soigné pour pleurésie et bronchites répétées à Tenon ; mère atteinte de tuberculose laryngée, une sœur soignée pour tuberculose pulmonaire dans le service.

Antécédents personnels. — Rougeole il y a deux ans ; depuis cette époque, tousses et crachats ; affaiblissement progressif ; sueurs nocturnes.

Examen à l'entrée, 30 mars 1906 — Enfant pâle, anémié. un peu amaigri. Poids 17 kilogrammes. Pas de fièvre. Micro-polyadénite surtout axillaire et cervicale.

Poumons. — Germination des deux sommets, plus accentuée à droite (pectoriloque aphone et égophonie, inspiration affaiblie, expiration rude et prolongée), congestion des deux bases. *Adénopathie trachéo-bronchique droite.*

Toux fréquente ; expectoration muco-purulente, sans bacilles.

Pas de troubles digestifs.

L'enfant est mis aussitôt en cure ; l'appétit est bon et l'état général s'améliore rapidement.

Il sort le 30 juin après un séjour de trois mois, gain de 1.500 grammes, l'état général est excellent ; les signes stéthoscopiques n'ont pas beaucoup varié ; aux deux sommets, l'expiration reste soufflante et prolongée, et le souffle hilaire droit persiste.

OBSERVATION IX

Congestion du sommet droit

F... Louise, sept ans et demi.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Rougeole il y a trois ans ; depuis, sa santé devient précaire (perte de forces, bronchites à répétition.)

Il y a un an, angine diphtérique, qui accentue son mauvais état de santé.

Il y a trois semaines, la toux devient plus fréquente, la faiblesse générale devient plus grande ; l'enfant commence à cracher.

Examen à l'entrée, 19 mars 1906. — Enfant pâle, anémiée, très abattue ; muqueuses décolorées ; masses musculaires flasques et amaigries. Poids : 17 kilogrammes 200. Température : 37°-37°, 4.

Toux fréquente. Pas d'expectoration.

Signes de congestion du sommet droit (légère submatité en avant et en arrière ; inspiration brève et rude).

Rien de spécial du côté des autres organes. Suit bien sa cure, mais sort trop tôt ; le 20 avril 1906 amélioration légère du côté des poumons ; grosse amélioration de l'état général ; gain de 2 kilogrammes ; recoloration des téguments ; disparition des phénomènes d'asthénie.

OBSERVATION X

Congestion du sommet droit et de la base gauche. Adénopathie trachéo-bronchique droite.

B... Germaine, douze ans.

Antécédents héréditaires. — Père soigné à Tenon pour bronchites répétées ; mère atteinte d'une laryngite de nature tuberculeuse probable ; frère soigné dans le service pour tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Maigrît et s'affaiblit depuis un an ; toussé peu et crache abondamment (expectoration muco-purulente).

Examen à l'entrée, 4 avril 1906. — Enfant au visage fatigué, yeux cernés ; masses musculaires flasques ; amaigrissement très marqué.

Pas de toux, expectoration muco-purulente sans bacilles, micropolyadénite ; ganglions plus volumineux à la région cervicale.

Anorexie complète.

Pas de fièvre. Poids : 26 kil. 300.

Poumons. — Congestion du sommet droit et de la base gauche ; adénopathie trachéo-bronchique droite.

27 avril. — L'enfant suit bien sa cure ; amélioration de l'état général ; persistance des signes pulmonaires.

9 mai. — Poussée congestive sur les deux sommets avec légère élévation de température ; l'état général reste assez bon.

L'enfant suit bien sa cure pendant les mois de mai, juin et juillet ; l'état général est devenu très satisfaisant quand elle sort le 30 juillet, pour aller à Hendaye, ayant repris 3 kilogrammes en quatre mois ; téguments bien colorés ; bon état des voies digestives ; localement, il ne persiste plus qu'une congestion légère du sommet droit.

OBSERVATION XI

Congestion des deux bases et des deux sommets

L... Geneviève, quatorze ans.

Antécédents héréditaires. — Mère tuberculeuse. Un frère tuberculeux.

Antécédents personnels. — Jusqu'à l'âge de six ans, a vécu à la campagne et a eu une croissance régulière, sans présenter le moindre incident pathologique ; depuis cet âge, vit à Paris, où elle est devenue très chétive ; n'a jamais eu de maladies graves l'obligeant à rester au lit ; mais elle tousse facilement, appétit capricieux, maux de tête fréquents.

Depuis deux mois, l'enfant tousse, perd l'appétit et maigrit beaucoup.

Examen à l'entrée, 3 juillet 1906. — Enfant très pâle ; amaigrissement très marqué ; masses musculaires insuffisantes ; muscles respiratoires presque atrophiés. Doigts. hippocratiques ; cyanose légère des lèvres et des extrémités, micropolyadénite.

Poids : 19.800 grammes. Température : 37°, 37°8

Poumons. — Signes de congestion des deux bases et des deux sommets en arrière, surtout marqués à droite ; en avant, ils paraissent plus nets dans la fosse sous-claviculaire gauche (lésions croisées).

Toux fréquente, sèche non suivie d'expectoration.

20 juillet. — L'enfant se nourrit très bien et augmente de poids. Elle ne tousse ni ne crache. La cyanose des extrémités s'atténue. Température : 37°-37°,4.

L'état pulmonaire s'est peu modifié ; les signes sont surtout marqués à la base du poumon droit où l'inspiration reste très rude, de tonalité basse.

L'enfant part le 18 septembre pour aller à Hendaye, ayant gagné 5 kil. 200 en deux mois et demi : l'état général est bon ; l'état des poumons s'est beaucoup modifié : diminution considérable des signes de congestion à gauche ; persistance des signes à la base droite. La toux et l'expectoration n'ont pas reparu.

OBSERVATION XII

Adénopathie trachéo-bronchique et cervicale

C... Thérèse, quatorze ans.

Pas d'antécédents héréditaires importants.

Antécédents personnels. — Après avoir eu à trois mois une gastro-entérite aiguë, à quatre mois une angine diphtérique, l'enfant s'est très bien développée jusqu'à l'âge de six ans, à cette époque elle eut une grippe qui dura trois mois : la convalescence fut très longue. Depuis, elle a eu plusieurs bronchites et s'enrhume facilement.

Depuis six mois, hypertrophie des ganglions du cou ; pas de toux, pas d'amaigrissement.

Examen à l'entrée. — 3 juillet 1906. — Bon état général, masses musculaires bien conservées ; pas de fièvre ; Poids : 40 kilogrammes.

Adénopathie cervicale ; on trouve des deux côtés, à l'angle de la mâchoire, un gros ganglion dur, roulant sous le doigt ; d'autres ganglions plus petits, le long du sterno-cléido-mastoïdien.

Poumons. — Submatité des deux fosses sus-épineuses ; percussion douloureuse dans la fosse sus-épineuse droite.

Obscurité respiratoire au sommet droit (fosse sus-épineuse).

Souffle d'*adénopathie trachéo-bronchique* aux deux hiles, souffle se propageant vers les sommets correspondants.

La malade sort le 11 septembre, très améliorée au point de vue général et local; gain de 6 kilogrammes en deux mois; diminution considérable des signes d'adénopathie cervicale et trachéo-bronchique; appétit excellent, mine superbe.

OBSERVATION XIII

Congestion du sommet et de la base gauches.

Adénopathie trachéo-bronchique droite.

F... Marius, dix ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire il y a quatre ans, trois frères ou sœurs morts de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels. — L'enfant a toujours été chétif; dès sa première enfance, bronchites à répétition; à cinq ans, broncho-pneumonie très grave.

Depuis cette époque il tousse fréquemment, maigrit tout en ayant conservé un bon appétit; se fatigue au moindre effort. A fait un séjour de trois mois au sanatorium d'Ormesson il y a un an; il en revint amélioré.

Il revient cette fois à l'hôpital parce qu'il tousse et maigrit davantage depuis quatre mois; de plus, il a souvent, vers le soir, un léger mouvement fébrile; depuis huit jours, apparition de sueurs nocturnes.

Examen à l'entrée, 24 décembre 1906. — Enfant pâle, amaigri (Poids : 24 kil. 600), au squelette grêle; masses musculaires molles, atrophiées; toux fréquente, brève et sèche, surtout le matin, pas d'expectoration. T. : 37°5 à 38 degrés.

Poumons. — Congestion du sommet gauche (fosse sous-claviculaire) et de la base gauche (quelques râles secs); souffle expiratoire d'adénopathie trachéo-bronchique au hile droit.

Janvier 1907. — L'enfant suit bien sa cure, mais l'appétit est faible, capricieux; l'état général s'améliore cependant lentement, en même temps que l'état local; pas de fièvre.

7 février. — Disparition des râles congestifs du sommet et de la base gauches, mais inspiration affaiblie, brève, avec expiration prolongée.

Amélioration continue de l'état général.

La cure est bien suivie pendant le mois de février et la première moitié du mois de mars ; l'état général et local continue à s'améliorer ; le 20 mars, poussée arthralgique portant sur les poignets et les genoux, avec légère élévation thermique cédant à l'aspirine au bout de quatre jours.

L'enfant quitte le service le 4 avril en très bon état. Poids 2 kgr. 500 en trois mois ; localement, persistance de congestion du sommet gauche (inspiration affaiblie, expiration soufflante).

OBSERVATION XIV

Congestion du sommet droit. — Adénopathie trachéo-bronchique droite.

W... Georgette, douze ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de tuberculose pulmonaire, il y a cinq ans.

Amenée à l'hôpital le 12 juillet 1903 parce qu'elle tousse et crache.

La toux est apparue depuis un an, en même temps que l'enfant maigrit et s'affaiblit.

Depuis un mois, toux plus fréquente, surtout le matin ; expectoration abondante, souvent striée de sang.

Depuis huit jours, signes d'infection grippale pour lesquels l'enfant vient à l'hôpital.

Examen à l'entrée. — Bon état général, développement physique parfait. Poids : 35 kgr. 300.

Température : oscille entre 37 et 38 degrés.

Signes d'infection grippale qui rendent difficile au poumon le départ entre les lésions aiguës banales et les lésions tuberculeuses.

Signes de bronchite généralisée avec congestion des bases et des sommets, les phénomènes congestifs étant plus marqués aux sommets ; toux fréquente et expectoration mucopurulente.

Etat saburral de la langue, infection rhino-pharyngée, pas de diarrhée ni de constipation ; anorexie complète.

Disparition des signes d'infection des voies digestives au bout de deux jours, mais persistance des mêmes signes stéthoscopiques au niveau des poumons.

1^{er} août. — Même état pulmonaire ; gros souffle hilaire droit d'adénopathie trachéo-bronchique.

L'état général s'améliore. La température est normale.

20 août. — Bon état général.

Congestion persistante du sommet droit et adénopathie trachéo-bronchique droite ; disparition de la toux et de l'expectoration.

29 août. — L'enfant quitte l'hôpital dans un état très satisfaisant, en augmentation de 3 kgs. 700 sur son poids initial, persistance d'une adénopathie du hile droit.

2^e séjour. — Revient le 16 février 1907 parce qu'elle tousse, qu'elle maigrit et a perdu l'appétit.

Depuis son premier séjour, l'enfant est en apprentissage ; sa santé a été assez bonne durant ce temps.

Il y a trois mois, l'enfant qui était réglée régulièrement depuis un an, a cessé de voir ses règles ; la toux a repris plus fréquente, l'appétit a disparu, entraînant un amaigrissement progressif.

Examen à l'entrée. — Enfant pâle, anémiée, amaigrie. T. : 37 à 37°5.

Signes de conglomération du sommet droit, là où précédemment on avait constaté seulement des signes de congestion, signes de congestion du sommet gauche ; pleurésie sèche de la base gauche.

Expectoration muqueuse, non bacillifère ; toux fréquente.

Rien de spécial du côté des autres organes.

L'enfant reste en cure pendant un mois et demi ; bons effets de la cure : amélioration considérable de l'état général (recoloration des joues : augmentation de poids : 3 kilogrammes ; disparition de la toux et de l'expectoration, reprise de l'appétit) ; du côté du poumon, disparition des signes de congestion du sommet gauche ; persistance des signes du poumon droit.

OBSERVATION XV

*Congestion des bases. — Adénopathie
trachéobronchique bilatérale.*

F... Amélie, onze ans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de tuberculose il y a deux mois; père tuberculeux; deux frères et une sœur morts de tuberculose à huit et dix mois.

Antécédents personnels. — Entre à l'hôpital parce que depuis deux mois (elle a eu à cette époque une hémoptysie), elle a beaucoup maigri et perdu l'appétit. Elle tousse et crache. La nuit elle transpire abondamment; l'appétit est nul, les digestions faciles. Elle se plaint d'être toujours fatiguée et d'avoir fréquemment de la céphalée.

Examen à l'entrée, 16 octobre 1907. — Enfant pâle, amaigrie, poids 21 kilogrammes, pas de fièvre.

Poumons. — Adénopathie trachéo-bronchique bilatérale; Congestion des bases; submatité du sommet droit; toux rare; expectoration muqueuse peu abondante.

Adénopathie cervicale et axillaire droite.

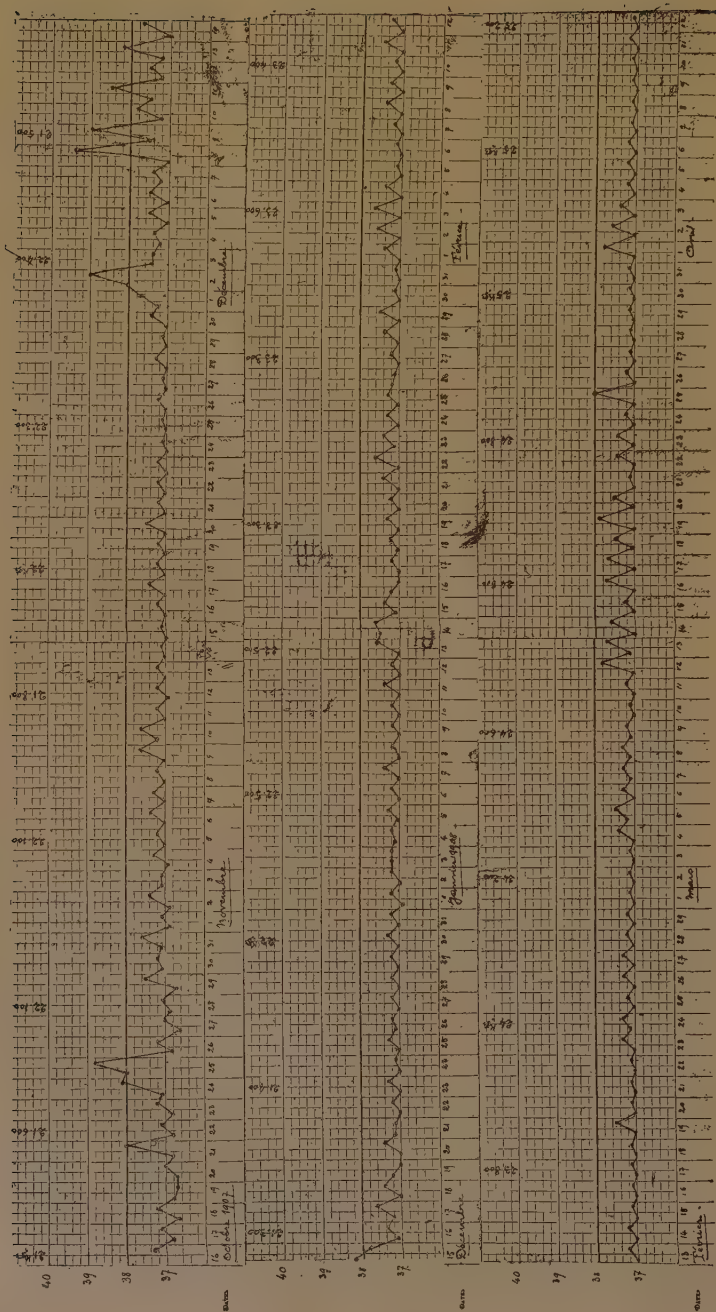
Amygdales hypertrophiées et rouges; grosses végétations adénoïdes.

22 novembre. — Le souffle d'adénopathie persiste ainsi que la congestion des bases. Les signes d'infection rhino-pharyngée ont disparu; état général en amélioration (gain de 1 kgr. 300 en un mois).

30 novembre. — Poussée de bronchite à la base droite et au sommet; toux grasse; expectoration muco-purulente.

1^{er} au 20 décembre. — L'enfant est soumise à une série d'injections de nucléinate de soude qui ont donné un résultat médiocre; pendant toute cette période, elle perd l'appétit, s'amaigrit, présente un mouvement fébrile (jusqu'à 39 degrés).

27 décembre. — Mêmes signes pulmonaires qu'au début; disparition de la toux; reprise de l'appétit; état général redevient bon.



Courbe 2. Obs. XV. — Tuberculose pulmonaire fermée.

6 janvier. — L'enfant continue à ne plus tousser, mais elle crache toujours (expectoration muco-purulente). L'appétit est bon et le poids augmente.

Le souffle d'adénopathie semble s'atténuer, mais il persiste une respiration rude et grave aux deux sommets.

2 février. — L'état général continue à s'améliorer; disparition, de l'expectoration, même état pulmonaire.

3 mars. — L'enfant ne crache plus depuis un mois; elle tousse encore un peu le matin.

Submatité du sommet gauche et des deux bases; souffle au hile gauche. Appétit bon; état général très amélioré.

7 au 20 mars. — Nouvelle poussée de bronchite au sommet droit; apparition de signes pseudo-cavitaires au niveau du hile droit; gros souffle hilaire avec râles humides éclatants.

20 avril. — Appétit bon; état général excellent; disparition de la toux et de l'expectoration; grosse amélioration des signes de congestion des bases et du sommet droit; persistance du souffle d'adénopathie trachéo-bronchique droite.

L'enfant sort le 28 avril, ayant pris 4 kgr. 500 en six mois; état général très bon; fonctions digestives bien établies; bon état des poumons où l'on note seulement la persistance d'un souffle d'adénopathie trachéo-bronchique droite.

OBSERVATION XVI

Congestion du sommet droit et de la base gauche.

Adénopathie trachéo-bronchique droite.

G... Thérèse, onze ans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de tuberculose pulmonaire. Frère aîné atteint de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Enfant toujours pâle; tousse depuis longtemps, surtout le soir; dyspnée d'effort très facile, sueurs nocturnes.

Entre à l'hôpital, ayant eu en ville une infection aiguë pour laquelle on a porté le diagnostic de grippe (céphalée intense, température 39°8, frissons, vomissements); cet état a duré trois jours.

Examen à l'entrée (4 nov. 1907). — Enfant très pâle, mais d'embonpoint suffisant. Poids 34 kgr. 500, pas de fièvre.

Poumons. — Quelques râles de bronchite disséminés.

Congestion du sommet droit (submatité de la fosse sous-claviculaire, expiration prolongée). Adénopathie trachéo-bronchique droite.

Toux peu fréquente ; expectoration muqueuse.

Bon état des voies digestives.

25 novembre. — Amélioration de l'état général ; poids + 2 kgr. 400 en vingt jours.

Localement, expiration moins soufflante à droite.

La malade suit bien sa cure ; pas de troubles digestifs.

28 décembre. — L'enfant qui avait été passée au service des contagieux pour une rougeole contractée à l'hôpital, recommence sa cure ; elle revient avec une diminution de poids de 1.100 grammes.

9 janvier. — L'état général redevient bon ; l'appétit est excellent, pas de troubles digestifs.

Diminution de la congestion du sommet droit ; congestion de la base gauche (inspiration rude et soufflante), avec quelques frottements pleuraux.

8 février. — Amélioration de l'état général, pas de fièvre durant tout le séjour.

Diminution des signes de congestion ; base gauche : la respiration reste rude, mais non soufflante ; sommet droit, inspiration et expiration confuses.

Pendant les mois de mars et avril, l'amélioration s'accroît au point de vue général et local ; l'enfant quitte le service le 27 avril 1908 pour aller à Hendaye, ayant pris 11 kilogrammes en six mois ; localement, il ne persiste plus au sommet droit qu'une inspiration saccadée et une expiration un peu prolongée ; le poumon gauche est libre.

OBSERVATION XVII

Dilatation bronchique tuberculeuse

L... Zélia, huit ans.

Enfant née de père tuberculeux ; tousses, crache et maigrit depuis plusieurs années.

A l'entrée (30 nov. 1907). — Enfant amaigrie, joues colorées, mais yeux cernés, excavés. Doigts hippocratiques. Micropolyadénite. Dépression marquée au niveau du creux sous-claviculaire droit. Appétit bon; pas de troubles digestifs. Toux fréquente, quinteuse surtout le matin et le soir. Expectoration abondante survenant par véritables vomiques, à la suite d'une quinte de toux; crachats muco-purulents, ne contenant pas de bacilles.

Lésions. — Signes cavitaires du sommet et de la base droits liés à l'existence de dilatations bronchiques d'origine tuberculeuse, avec sclérose pulmonaire péribronchique.

Evolution. — Suit bien sa cure pendant le mois de décembre et les dix premiers jours de janvier; bon appétit, reprise de l'état général et du poids (1.500 grammes en quarante jours); expectoration beaucoup moins abondante; persistance des signes pseudo-cavitaires. La température reste normale.

Mais la cure est interrompue par une scarlatine dont l'éruption apparaît le 20 janvier, puis par une varicelle qui apparaît le 15 février. Le 20 février, l'enfant est remise en cure; l'état général qui a fléchi du 20 janvier au 5 février, en même temps que la température oscillait entre 37 et 38°5, recommence à s'améliorer. L'amélioration s'accroît et se poursuit progressivement jusqu'au 27 avril, date du départ pour Hendaye; à cette époque, bon état général; facies très coloré; expectoration nulle; persistance des signes cavitaires au sommet droit; malgré les incidents qui ont interrompu la cure, l'enfant est en gain de 2 kgr. 700 sur son poids initial.

Revue après quatre mois à Hendaye, l'enfant revient peu améliorée; l'état général est meilleur; poids + 900 grammes en quatre mois; l'état du poumon est resté identique; l'expectoration a reparu, et est maintenant aussi abondante qu'au 30 novembre 1907.

OBSERVATION XVIII

Congestion du sommet droit. — Adénopathie trachéo-bronchique droite

C... Cécile, huit ans.

Pas d'hérédité apparente; pas d'antécédents personnels.

Entre à l'hôpital le 6 novembre 1907 parce qu'elle tousse depuis cinq jours.

Examen à l'entrée. — Enfant de huit ans, de développement normal, un peu maigre. Poids : 18 kgr. 500, pas de fièvre.

Poumons. — Râles de bronchite disséminés. Sommet droit suspect ; c'est tout ce que l'on peut dire pour le moment, avec les râles de bronchite qui couvrent la respiration.

10 novembre. — Disparition des râles de bronchite.

Congestion du sommet droit (En avant et en arrière : V + S — retentissement de la voix ; expiration soufflante et prolongée ; inspiration faible).

La malade est mise à la cure.

25 novembre. — La malade suit bien sa cure ; aussi, si les signes physiques n'ont pas varié au sommet droit, le poids a considérablement et régulièrement augmenté.

5 décembre. — L'enfant est reprise par ses parents ; très bon état général ; Poids + 2 kilogrammes en un mois ; état pulmonaire stationnaire.

2^e séjour. — Le 30 mars 1908, l'enfant revient avec des signes d'infection grippale, céphalée, abattement, fièvre durant quinze jours, température oscillant entre 38 et 40 degrés, pour revenir à la normale au bout de quinze jours ; signes de bronchite généralisée, avec prédominance au sommet droit où l'on note de la submatité, souffle au hile droit. Expectoration abondante, muco-purulente, sans bacilles.

A partir du 14 avril, l'appétit reprend, l'état général se relève, la température reste à la normale jusqu'à la fin du séjour. Persistance de signes de congestion du sommet droit avec adénopathie trachéo-bronchique droite. La cure est bien suivie pendant deux mois et demi et l'enfant part pour Hendaye avec un très bon état général (gain de 3 kgr.) ; mais les signes pulmonaires du sommet droit persistent.

Non revue au retour d'Hendaye.

OBSERVATION XIX

Congestion du sommet droit

B... Hélène, dix ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Amenée à l'hôpital parce qu'elle tousse beaucoup et crache abondamment ; cette toux est apparue il y a deux ans et demi, plus intense pendant l'hiver.

Amaigrissement notable depuis six mois ; anorexie, sueurs nocturnes.

Examen à l'entrée, 24 avril 1908. — Enfant pâle, anémiée, amaigrie. Poids 22 kgr. 600 ; pas de fièvre ; sueurs nocturnes abondantes.

Signes de bronchite généralisée, avec congestion du sommet droit.

Toux fréquente. Expectoration abondante, muco-purulente, sans bacilles.

17 mai. — Amélioration des signes généraux, reprise de l'appétit, disparition des sueurs nocturnes, persistance de l'expectoration. Disparition des signes de bronchite, mais persistance de congestion du sommet droit.

1^{er} juin. — Bon état général. Diminution de l'expectoration.

23 juin. — Etat général en amélioration continue ; disparition de l'expectoration ; diminution de la congestion du sommet droit.

5 juillet. — Part pour Hendaye, très améliorée au point de vue général et local, pas de fièvre durant tout le séjour ; gain de 1 kilogramme en deux mois et demi.

OBSERVATION XX

Congestion des deux sommets. — Adénopathie trachéo-bronchique bilatérale.

J... Ferdinand, huit ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire.

Amené à l'hôpital le 11 juillet 1909 parce que depuis un mois il maigrit et tousse.

Examen à l'entrée. — Amaigrissement marqué. Poids 13 kgs. 300. Toux sèche, non suivie d'expectoration.

Appétit conservé ; pas de vomissements, pas de diarrhée. Sueurs abondantes la nuit.

Adénopathie axillaire bilatérale : deux ou trois ganglions au

sommet de chaque aisselle, du volume d'un petit pois, durs, roulant sous le doigt, sans périadénite, un ganglion plus volumineux dans la fosse sus-claviculaire droite.

Poumons. — Congestion des deux sommets, surtout marquée en arrière ; souffle d'adénopathie trachéo-bronchique droite. Fièvre à grandes oscillations (37° à 39°5) durant un mois.

15 août. — La température revient à la normale, avec de temps à autre une poussée fébrile (jusqu'à 38°5) ; malgré sa fièvre, il a déjà profité de la cure dans son premier mois de séjour, l'état général s'est relevé, il a repris 1 kilogramme.

Intra-dermo-réaction positive à la tuberculine.

3 octobre. — L'état général s'améliore beaucoup ; l'appétit est très bon ; l'enfant suit bien sa cure.

Amélioration des signes de congestion des deux sommets.

18 octobre. — Persistance d'un bon état général ; diminution des adénopathies axillaire et cervicale.

Disparition de la congestion du sommet gauche ; persistance de la congestion du sommet droit.

5 novembre. — Amélioration des signes de congestion du sommet droit ; souffle d'adénopathie trachéo-bronchique bilatérale ; bon état général ; la température reste habituellement à la normale, avec de temps à autre une poussée fébrile à 38°.

L'enfant part le 10 décembre 1909, très amélioré, avec un gain de 3 kilogrammes en cinq mois.

OBSERVATION XXI

Congestion du poumon gauche

T... Juliette, dix ans.

Malade depuis un an et demi (née de parents tuberculeux).

A l'entrée, 6 octobre 1909. — Enfant un peu pâle, mais non amaigrie. Sueurs nocturnes. Appétit conservé ; digestions faciles, mais diarrhée fréquente par poussées. Ni toux, ni expectoration.

Lésions. — Congestion du poumon gauche en arrière dans

toute la hauteur, avec prédominance au sommet ; congestion plus légère du sommet droit. Adénopathie trachéo-bronchique bilatérale, mais plus marquée à gauche (gros souffle hilaire).

Evolution. — L'état général s'améliore très vite, l'amélioration étant contrariée cependant par les poussées diarrhéiques qui, de temps à autre, gênent l'alimentation. Du mois d'octobre 1909 au mois de mars 1910, la température reste absolument normale ; le poids augmente rapidement et régulièrement (6 kgs. en cinq mois et demi) ; le teint est bon, les sueurs nocturnes ont complètement disparu. Localement, il ne persiste plus qu'un souffle hilaire d'adénopathie trachéo-bronchique, plus marqué à gauche qu'à droite et une congestion légère du sommet gauche.

OBSERVATION XXII

Congestion des deux sommets. — Tuberculose cutanée.

G... Augustine, neuf ans.

Manifestations tuberculeuses depuis l'âge de quatre ans ; lupus de la joue gauche ; ostéite tuberculeuse du pouce droit ; depuis six mois, amaigrissement et toux sans expectoration.

A l'entrée, 6 octobre 1909. — Enfant amaigrie, pâle. Sueurs nocturnes. Dyspnée d'effort. Anorexie habituelle, sans diarrhée ni vomissements. Adénopathies cervicale et axillaire bilatérales.

Lupus de la joue gauche. Tuberculide du pouce droit.

Lichen scrofulosorum au niveau du bord antérieur des aisselles.

Poumons. — Congestion du sommet droit, plus légère au sommet gauche, adénopathie trachéo-bronchique droite.

Intra-dermo-réaction positive à la tuberculine.

Evolution. — Température reste normale durant tout le séjour ; relèvement rapide de l'état général ; reprise de l'appétit ; courbe de poids régulièrement progressive ; part le 14 décembre 1909 pour Hendaye, en très bon état ayant pris 3 kilogrammes en deux mois et demi ; atténuation des signes de congestion au sommet droit, disparition des signes au sommet gauche ; persistance de l'adénopathie trachéo-bronchique droite.

OBSERVATION XXIII

Congestion des sommets. — Rhumatisme tuberculeux

M... Blanche, quatorze ans.

Depuis quelques mois, affaiblissement, anorexie, vomissements le matin au réveil.

Il y a trois semaines, poussée arthralgique atteignant successivement les diverses articulations (genoux, hanches, coudes, épaules, petites articulations des doigts) sans aucune modification locale de l'articulation lésée, sans élévation notable de la température.

A l'entrée, 5 juillet 1909. — Enfant un peu pâle, légèrement amaigrie. Micropolyadénite (surtout aisselle gauche). Dyspnée d'effort; toux peu fréquente, sans expectoration. Sueurs nocturnes.

Troubles dyspeptiques (anorexie, vomissements, douleurs gastriques irrégulières comme apparition et durée).

Lésions de rhumatisme déformant au niveau des petites articulations des doigts; camptodactylie (rhumatisme chronique tuberculeux). Douleurs rhumatoïdes des membres inférieurs (genoux et cheville) de même nature tuberculeuse probable. Intradermo-réaction positive à la tuberculine.

Congestion légère du sommet droit et du sommet gauche.

Adénopathie trachéo-bronchique droite. — Evolution. — Température normale durant tout le séjour dans le service; relèvement rapide de l'état général; disparition des troubles dyspeptiques dès le deuxième mois; appétit bon; disparition des arthralgies au bout d'une vingtaine de jours; persistance d'une légère congestion du sommet droit, poids stationnaire jusqu'au mois de septembre, puis amélioration rapide et continue de l'état général; disparition des sueurs nocturnes, accroissement du poids: 4 kilogrammes en un mois et demi; l'enfant sort le 12 octobre 1909, très améliorée, en gain de 6 kilogrammes sur le poids initial; localement persistance des signes physiques pulmonaires; les arthralgies n'ont pas reparu.

OBSERVATION XXIV

Congestion du sommet droit. — Rhumatisme tuberculeux.

S... Blanche, treize ans.

A fait, à plusieurs reprises, poussées arthralgiques d'allure non franche, traînante, sans modification locale, sans élévation thermique.

A l'entrée, 10 novembre 1909. — Enfant un peu pâle, mais de bon aspect général.

Pas de troubles digestifs, appétit conservé.

Poussée arthralgique à allure subaiguë, atteignant les genoux (légère hypertrophie des condyles fémoraux), légère déformations des doigts : ostéopathie hypertrophiante des phalanges, surtout marquée à la main droite (Rhumatisme chronique tuberculeux).

Insuffisance mitrale avec rétrécissement.

Congestion du sommet droit. Adénopathie trachéo-bronchique droite.

Intra-dermo-réaction positive à la tuberculine.

Evolution. — Température normale pendant tout le séjour. Sédation rapide des phénomènes arthralgiques. Amélioration très rapide de l'état général ; dès les premiers jours de cure, le poids augmente : 8 kilogrammes en deux mois ; l'enfant sort du service avec une mine superbe ; disparition des signes de congestion du sommet droit ; persistance du souffle d'adénopathie trachéo-bronchique droite.

OBSERVATION XXV

Rhumatisme tuberculeux

D... Germaine, treize ans.

A l'entrée, 29 novembre 1909. — Enfant pâle, anémiée, amaigrie, sujette aux bronchites. Anorexie, sans autres troubles digestifs ; ni toux, ni expectoration ; arthralgies des deux genoux sans aucune modification locale.

Lésions. — Congestion du sommet gauche (submatité sous la clavicule, inspiration rude et brève, expiration prolongée et soufflante). Adénopathie trachéo-bronchique gauche.

Insuffisance mitrale.

Intra-dermo-réaction positive à la tuberculine.

Evolution. — Les arthralgies se calment très vite. L'état général s'améliore ; le poids se relève, 2 kilogrammes pendant le mois de décembre ; après une légère poussée fébrile qui dure une semaine, la température revient à la normale ; persistance d'une légère induration du sommet gauche et du souffle hi-laire gauche.

Nouvelle poussée arthralgique avec légère élévation thermique au mois de janvier (durant trois jours).

L'état général continue à s'améliorer durant les mois de janvier, février et la première moitié de mars, gain total de 3 kilogrammes en trois mois et demi.

Les signes de congestion s'atténuent au sommet gauche, persistance du souffle d'adénopathie trachéo-bronchique gauche.

B — TUBERCULOSES DES SÉREUSES

1° PLEURÉSIES

En 1902 : 2 *garçons*.

Tous deux partis avec un état général et local excellent, l'un d'eux ayant repris 5 kilogrammes après un séjour de cinq mois.

En 1903 : 1 *filles*.

Sortie au bout de deux mois avec un gain de 2 kilogrammes.

En 1904 : 6 *garçons*.

Tous sortis guéris, avec des reprises de poids allant jusqu'à 5 kgr. 300 en deux mois ; amélioration considérable de l'état général.

— 1 *filles*.

P + 5 kgs. 200 au bout de trois mois.

En 1905 : 2 *garçons*. — Avec P +.

— 1 *filles*. — Avec P = sortie trop tôt (au bout d'un mois de cure).

En 1906 : 1 *garçon*. — Avec P + 5 kgs. 900 en trois mois.

— 4 *filles*. — Avec P +.

En 1907 : 1 *garçon* et 2 *filles*. — Avec P +.

En 1908 : 8 *garçons* et 2 *filles*.

En 1909 : 6 *garçons* et 1 *filles*.

Tous sortis avec P +.

Au total, 33 malades, dont 32 sortis très améliorés, le trente-troisième sorti trop tôt, pour que l'amélioration ait eu le temps de se produire.

2o PÉRITONITES

En 1902 : 2 *garçons*.

Tous les deux sortis en mauvais état général et local, avec fièvre à grandes oscillations et diarrhée abondante.

En 1903 : 1 *garçon*.

Sorti avec P — 1 kgr. 300 au bout de trois mois.

— 4 *filles*.

Une sortie guérie, avec P + 3 kgr. 500 au bout de trois mois de séjour.

Deux sorties améliorées, avec P +.

Une sortie avec P — au bout d'un mois et demi de séjour.

En 1904 : 1 *garçon*.

Sorti avec P + 1 kgr. 300 au bout d'un mois.

— 3 *filles*.

Une sortie avec état général excellent P + 3 kilogrammes au bout de trois mois ; une avec P = ; la troisième morte au bout de trois mois.

En 1905 : 1 *garçon*.

Sorti amélioré avec P + au bout de deux mois.

— 1 *filles*.

Sortie avec P =, avant présenté pendant les quatre mois

et demi de son séjour de la fièvre à grandes oscillations et de la diarrhée.

En 1906 : 1 fille.

Sortie très améliorée au bout de cinq mois avec P + 5 kilogrammes.

En 1907 : 2 garçons.

Un mort au bout de deux mois et demi (cachexie et diarrhée).

Un autre ayant présenté successivement des manifestations péritonéales, pleurales et péricardiques est sorti de l'hôpital dans un état général excellent (v. obs. XXXVIII).

En 1908 : 3 garçons.

Un mort au bout de sept mois, de tuberculose généralisée.

Les deux autres, sortis avec une amélioration très notable au bout de trois mois et cinq mois.

— 1 fille.

Sortie avec P +.

En 1909 : 2 filles.

Une morte au bout de deux mois et demi (cachexie et diarrhée).

Une sortie avec poids P — et état général mauvais.

Au total : 22 malades.

Guéris.....	4
Améliorés.....	8
Stationnaires.....	7
Morts.....	3

Soit 12 résultats sur 22.

OBSERVATION XXVI

Pleurésie tuberculeuse

K... Marguerite, cinq ans.

25 septembre 1903. — Pleurésie gauche avec épanchement ; congestion pulmonaire concomitante. Disparition de l'épanche-

ment le 12 octobre. Induration des deux sommets. Signes d'adénopathie trachéo-bronchique.

À la fin du séjour, les signes du sommet sont atténués. Evolution fébrile (39 degrés) pendant quinze jours au début, puis subfébrile 37°9 le soir en novembre.

Poids stationnaire pendant les quinze premiers jours.

Puis gagne 2 kilogrammes en quarante-cinq jours. Convalescence à Garches.

Durée totale soixante jours.

OBSERVATION XXVII

Pleurésie tuberculeuse avec congestion des sommets et des bases

L... Alfred, quatorze ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Bronchite à quatre ans; rougeole à sept ans; pleurésie à onze ans; a toujours toussé depuis.

Entre à l'hôpital parce qu'il tousse et qu'il a de la fièvre depuis une semaine.

Examen à l'entrée, 16 mars 1904. — Enfant un peu pâle; état général assez bon; appétit conservé.

Poids 30 kilogrammes. Température 37°6-39°4.

Poumons. — Congestion de la base droite et des deux sommets; à la base gauche, diminution du murmure vésiculaire; quelques frottements pleuraux.

20 mars. — Existence d'un épanchement pleurétique de volume moyen à gauche.

Température tend à baisser.

28 mars. — L'épanchement pleural est résorbé; réapparition de frottements pleuraux; signes de condensation pulmonaire de la base gauche; mêmes signes, précédemment constatés, à la base droite et aux deux sommets. Pas de fièvre.

12 avril. — Amélioration persistante des signes généraux et locaux.

12 mai. — L'enfant qui a été mis en cure dès son entrée dans le service est envoyé à la campagne.

Depuis le 21 mars, sa courbe de poids est remontée graduellement; elle a passé de 29 kilogrammes à 34 kgr. 300; la fièvre, à exacerbations vespérales, n'a pas dépassé 37°8 (4 avril), se maintenant en général aux environs de 37°4 le soir.

Les signes stéthoscopiques sont également en amélioration notable; on ne trouve plus, comme trace de la pleurésie, qu'une diminution légère de la respiration à la base gauche; disparition des signes de congestion de la base droite et des sommets; persistance d'un souffle d'adénopathie trachéo-bronchique gauche.

OBSERVATION XXVIII

Pleurésie tuberculeuse. — Congestion du sommet gauche.

W... Léon, quatre ans et demi.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Enfant souvent malade; bronchites fréquentes.

Amené à l'hôpital parce qu'il tousse et qu'il a de la fièvre depuis trois jours.

Examen à l'entrée, 23 mars 1904. — Enfant un peu pâle, mais de bon aspect général. Poids 12 kilogrammes.

Signes de congestion du sommet gauche (submatité en avant et en arrière, inspiration faible, expiration rude et prolongée); diminution du murmure vésiculaire à la base gauche; râles de bronchite dans tout le poumon droit.

26 mars. — Constitution d'un léger épanchement pleurétique à la base gauche (pas de déviation du cœur, Traube sonore).

10 avril. — Réapparition de la respiration à la base gauche, mais persistance du souffle pleurétique.

15 avril. — Disparition du souffle pleurétique; apparition de gros frottements pleuraux à sa place.

24 avril. — Amélioration continue de l'état général et local; l'enfant mange de bon appétit; les joues sont bien colorées, le poids augmente. On perçoit encore à la base gauche de gros frottements pleuraux.

8 mai. — L'enfant sort du service en très bon état, ayant

suivi la cure dès le début ; gain de 2 kilogrammes en un mois et demi ; persistance de signes de congestion au sommet gauche, en amélioration cependant.

OBSERVATION XXIX

Congestion de la base et du sommet droits. Pleurésie droite.

M... Marcel, huit ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Bien portant jusqu'à cette année au mois de janvier ; à ce moment, bronchite qui dure près de trois mois, et à l'occasion de laquelle il a maigri beaucoup.

Il y a trois semaines, revient de l'école avec une forte céphalée, frissonne pendant une heure et se plaint d'un violent point de côté à droite. Commence à tousser il y a quatre jours.

Examen à l'entrée, 22 avril 1904. — Enfant pâle, amaigri (poids 21 kgr. 200) ; température 39-39°3.

Poumons. — Léger épanchement pleural droit, avec condensation pulmonaire sous-jacente ; congestion du sommet droit ; adénopathie trachéo-bronchique droite.

Pendant tout le mois de mai, la température oscille entre 37 et 38°, restant parfois pendant plusieurs jours aux environs de 38°. L'état général reste médiocre, l'appétit est faible, l'enfant est un peu abattu. Localement, les signes ne varient pas ; l'épanchement pleural est stationnaire.

A partir des premiers jours de juin, l'amélioration est manifeste, l'appétit revient, les signes d'asthénie disparaissent ; l'épanchement pleural s'est résorbé, faisant place à de gros frottements pleuraux, inspiration faible, expiration rude et soufflante à la base et au sommet du poumon droit ; gros souffle d'adénopathie trachéo-bronchique au niveau du hile droit.

Cependant la température est encore anormale, présentant souvent des exacerbations vespérales (38, 38°4).

Pendant le mois de juillet, sans modification locale apparente, l'état général devient moins bon ; l'appétit diminue, le poids fléchit, mais à partir du mois d'août jusqu'à son départ

pour Hendaye (30 septembre), l'amélioration reprend ; le poids remonte (5 kgs de gain en cinq mois), les forces reviennent, et les signes de congestion persistent seulement au sommet droit ; la respiration est bonne à la base droite, siège de l'épanchement pleural.

OBSERVATION XXX

Pleurésie tuberculeuse. — Congestion du sommet droit

D... Charles, six ans et demi.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Enfant toujours maladif, sans incident pathologique notable.

Il y a dix jours, brusquement point de côté à droite, avec élévation de température, toux légère, fatigante ; dyspnée marquée ; pas d'expectoration ; anorexie complète ; sueurs nocturnes.

Examen à l'entrée, 20 mai 1908. — Enfant pâle, muqueuses décolorées, un peu amaigri, poids 20 kgs 700.

Ganglions de la grosseur d'un pois dans l'aisselle droite.

Poumons. — Congestion du sommet droit (inspiration rude, expiration prolongée).

Base droite : léger épanchement pleural, submatité avec congestion pulmonaire sous-jacente (diminution du murmure vésiculaire ; submatité s'étendant à un travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate ; léger souffle expiratoire, égophonie).

Souffle d'adénopathie trachéo-bronchique droite.

Pendant la fin du mois de mai et la première moitié du mois de juin, la température est irrégulière, oscillant entre 36°6 et 37°5 pour arriver parfois le soir à 38 degrés. L'appétit se relève cependant et l'enfant commence à manger.

16 juin. — Disparition de l'épanchement pleural droit, mais persistance des signes de congestion du sommet droit.

L'enfant continue à suivre régulièrement sa cure pendant le mois de juin et sort le 12 juillet en très bon état (gain de

3 kgs en cinquante jours) ; localement, persistance de signes de congestion du sommet droit et d'adénopathie trachéo-bronchique droite.

OBSERVATION XXXI

Pleurésie tuberculeuse. — Congestion du sommet droit

H... Marcel, douze ans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Tousse un peu l'hiver depuis quelques années ; maigrit et perd ses forces depuis un mois, quoiqu'il ait bon appétit ; sueurs nocturnes.

Vient à l'hôpital parce que, depuis une semaine environ, il souffre d'un point de côté droit qui s'est établi progressivement, sans frissons, sans élévation de température.

Examen à l'entrée, 3 juin 1908. — Enfant pâle à muqueuses décolorées, plus grand que les enfants de son âge.

Micropolyadénite, surtout au niveau de la région cervicale et des aisselles.

Poumons. — Congestion du sommet droit (submatité, inspiration rude et grave, expiration soufflante et prolongée, vibrations augmentées).

Base droite : léger épanchement pleural (matité, vibrations abolies ; respiration affaiblie, égophonie).

Respiration un peu forte (supplémentaire) du poumon gauche.

10 juin. — Bon état général.

Rétrocession de la pleurésie ; persistance des signes du sommet droit.

18 juin au 3 juillet. — Disparition de l'épanchement pleural, respiration diminuée à la base, avec quelques frottements pleuraux, persistance des signes du sommet droit.

L'enfant sort le 2 août avec une grande amélioration de l'état général et local ; gain de 4 kilogrammes en deux mois : disparition complète de tout signe de pleurésie, atténuation considérable des signes de congestion du sommet droit (il ne per-

siste plus qu'une expiration un peu soufflante en avant sous la clavicule).

OBSERVATION XXXII

Pleurésie tuberculeuse. — Congestion du sommet gauche.

S... Gaston, dix ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Mère soignée pour tuberculose pulmonaire ouverte depuis six mois.

Antécédents personnels. — Il y a quinze jours, l'enfant, habituellement bien portant, est pris brusquement d'un point de côté à gauche ; la température s'élève, agitation nocturne, sueurs profuses.

Examen à l'entrée, 21 août 1908. — Enfant pâle, mais état général assez bon (Poids : 25 kgs 400). Un peu dyspnéique. Micropolyadénite, surtout dans les aisselles.

Poumons. — Gros épanchement pleural gauche : pointe du cœur bat derrière le sternum ; Traube mat ; on n'entend nulle part la respiration à gauche ; à droite, respiration supplémentaire.

1^{er} septembre. — L'épanchement n'ayant pas de tendance spontanée à la résorption, on retire par ponction 600 grammes de liquide.

9 septembre. — Le liquide pleural commence à se résorber ; la respiration revient au sommet gauche ; le Traube est submat, et le cœur commence à reprendre sa situation normale.

L'état général s'améliore. Disparition des sueurs nocturnes ; retour de l'appétit.

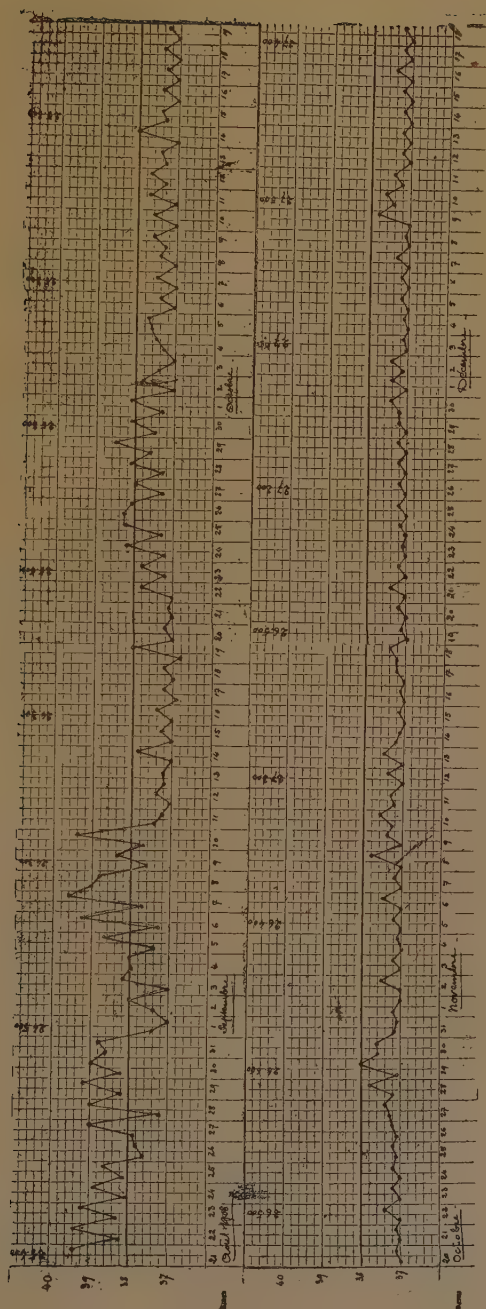
La température, qui, pendant trois semaines, a oscillé entre 39 et 38 degrés, revient peu à peu à la normale.

18 septembre. — Bon état général. Reprise du poids.

Retour de la respiration dans toute la hauteur du poumon gauche ; frottements pleuraux à la base gauche.

Pendant tout le mois d'octobre, l'état général continue à s'améliorer ; il n'y a plus de fièvre ; la respiration reste encore confuse et affaiblie dans toute la hauteur du poumon gauche.

4 novembre. — La respiration est redevenue à peu près normale à gauche ; les frottements pleuraux ont disparu ; on



Courbe 3. Obs. XXXII. Tuberculose pleurale.

trouve cependant sous la clavicule gauche une zone de submatité avec quelques râles secs éclatant en bouffée à la fin de l'inspiration.

L'enfant part pour Hendaye le 26 décembre très amélioré ; très bon état général : gain de 2 kilogrammes en quatre mois ; respiration très bonne dans les deux poumons, sauf au sommet gauche où l'on retrouve une inspiration rude et une expiration soufflante.

OBSERVATION XXXIII

Tuberculose pleuro-péritonéale

Marcelle C..., neuf ans, 1^{er} mai 1903.

Premier séjour en novembre 1902 pour pleurésie droite et ascite ; sortie trop tôt, mais améliorée.

Rechute depuis huit jours : Tuberculose pulmonaire surtout à gauche ; pleurésie sèche, légère ascite ; diarrhée.

Mai. — Période fébrile, poussées douloureuses sur le péritoine, diarrhée, mauvaise alimentation ; poids — 1 kgr. 500.

Juin. — Poussées fébriles moins accentuées ; phénomènes digestifs amendés sauf à la fin du mois. Poids variable : + 0 kg 500 ; au total — 0 kgr. 400 sur le mois précédent.

Juillet. — Même situation, mais les poussées fébriles sont courtes quoique quelques-unes à 39 degrés. Périodes de diarrhée jusqu'au 20 ; poids : + 1 kilogramme, puis poussée fébrile péritonéale et diarrhée ; poids — 0 kg 800.

Août. — Même état, mais qui va en s'améliorant ; poids : + 2 kgr. 500.

Septembre. — Poids + 2 kilogrammes.

OBSERVATION XXXIV

Tuberculose péritonéale

Adèle T..., huit ans.

4 mars 1903. — Péritonite avec ascite considérable, semblant remonter comme début au mois d'octobre 1902. Germination du sommet droit et adénopathie bronchique.

Sort au bout de dix-huit jours avec poids + 0 kgr. 500 en huit jours, après une première période de cinq jours avec poids — 0 kg 500. L'ascite avait considérablement diminué.

Avril. — A la fin du mois, elle est revenue à la consultation, l'ascite a disparu, mais on sent des gâteaux épiploïques indurés.

Deuxième séjour. — Rentre le 1^{er} juillet. Elle a suivi chez elle le régime prescrit ; elle a à peu près le poids de sa sortie en avril : 17 kgs 500. Le ventre est peu tendu, l'ascite est peu abondante, gâteaux épiploïques. Même état du poumon.

1^{er} au 30 juillet. — L'ascite augmente, la diarrhée apparaît, la température s'élève jusqu'à 39°, puis pendant une grande partie du mois d'août oscille autour de 38°. En treize jours, poids — 2 kilogrammes, puis du 10 au 29 août, reprend poids + 0 kg 600.

Elle sort sur la demande de sa mère. Elle aurait succombé chez elle quelques mois après.

•OBSERVATION XXXV

Tuberculose péritonéale

C... Jeanne, six ans.

Malade depuis deux mois ; douleurs abdominales, vomissements, diarrhée, amaigrissement, avec fortes élévations thermiques.

A l'entrée, 8 avril 1904. — Enfant pâle, amaigrie, yeux excavés, sueurs nocturnes, anorexie, diarrhée, vomissements ; ni toux, ni expectoration.

Lésions. — Péritonite tuberculeuse avec ascite libre peu abondante, congestion des deux sommets ; frottements pleuraux à la base droite.

Evolution. — Poussées fébriles durant le premier mois de séjour ; la température se régularise ensuite progressivement, avec, de temps à autre, une élévation thermique (jusqu'à 3 degrés) ; dans le dernier mois de séjour, elle est à peu près normale. Les poussées fébriles coïncident de façon très nette avec les reprises de la diarrhée. Cette diarrhée rend, pendant le premier mois, l'alimentation difficile et l'état général n'est pas très

bon ; le poids reste d'abord stationnaire, puis commence à augmenter vers le mois de mai, en même temps que l'appétit revient et que les forces augmentent. Localement, l'ascite disparaît au mois de mai pour faire place à de gros gâteaux péritonéaux perceptibles dans tout l'abdomen ; les signes pulmonaires ne varient pas.

Quand l'enfant quitte le service, le 29 juin, pour aller à Garches, l'état général est très satisfaisant (P + 31 kgs en trois mois), la diarrhée a presque complètement disparu, le ventre est souple, non douloureux, on y perçoit encore l'existence de quelques gâteaux péritonéaux, les signes physiques pulmonaires n'ont pas varié.

OBSERVATION XXXVI

Tuberculose péritonéale

D... Aimé, six ans.

Né de père tuberculeux, souffre depuis quinze jours de douleurs abdominales et maigrit.

A l'entrée, 17 avril 1905. — Enfant maigre, chétif, masses musculaires peu développées, micropolyadénite. Ni toux, ni expectoration, appétit conservé ; ni diarrhée, ni vomissements.

Lésions. — Péritonite tuberculeuse avec ascite libre en faible quantité ; congestion du sommet et de la base gauches. Adénopathie trachéo-bronchique gauche.

Evolution. — Peu de fièvre, pendant tout le séjour, la température n'a pas dépassé 38° ; amélioration très marquée de l'état général et local, à partir du 30 mai ; disparition de l'ascite, ventre souple ; reprise lente, mais continue du poids (1 kg 400 en deux mois) ; recoloration des joues ; persistance des signes pulmonaires. Départ le 19 juin pour La Roche en très bon état.

OBSERVATION XXXVII

Tuberculose péritonéale

C... Juliette, cinq ans et demi.

Malade depuis deux mois : amaigrissement, poussées fébriles,

douleurs abdominales, avec accroissement du volume de l'abdomen.

A l'entrée, 27 mars 1905. — Enfant pâle, chétive, à peau fine, à squelette grêle et à masses musculaires peu développées; peau sèche, pityriasique, avec lacis veineux très apparent. Micropolyadénite.

Anorexie, ni diarrhée ni vomissements, ni toux, ni expectoration.

Lésions. — Péritonite tuberculeuse avec quelques gâteaux péritonéaux disséminés dans l'abdomen : congestion du sommet et de la base droits.

Evolution. — Non fébrile : la température n'a jamais dépassé 38° et oscille habituellement entre 37 et 37°5 : malgré plusieurs poussées péritonéales manifestées par l'augmentation de volume du ventre et des douleurs vives, l'état général s'améliore lentement et de façon continue. Après un séjour de quatre mois, l'enfant, dont le poids est cependant resté stationnaire depuis l'entrée, a un état général excellent : joues colorées, masses musculaires jeunes, retour de l'appétit. Localement on retrouve quelques gâteaux péritonéaux, mais l'abdomen a considérablement diminué de volume, il est souple et non douloureux ; au poumon, il persiste seulement une congestion légère du sommet droit.

OBSERVATION XXXVIII

Tuberculose pleuro-péritonéale

G... Maurice, treize ans.

Entré dans le service pour un point de côté dont il souffre depuis dix jours. Maigrit et perd ses forces depuis un mois. Douleurs abdominales et diarrhée.

A l'entrée, 16 décembre 1907. — Enfant pâle, anémié, amaigri. Poids : 28 kgs 300. Toux rare ; pas d'expectoration.

Lésions. — Pleurésie droite à épanchement de volume moyen ; congestion du sommet droit. Poumon gauche : respiration bonne.

Evolution. — Pendant le mois de janvier, fièvre à grandes oscillations (37 à 40°), mais la pleurésie rétrocede ; persis-

tance des signes de congestion du sommet droit ; souffle d'adénopathie trachéo-bronchique droite.

Vers le 8 janvier, apparition d'une péricardite tuberculeuse avec épanchement séro-fibrineux. L'état général reste cependant assez bon. Il s'améliore nettement sous l'influence du régime (cure d'air, repos, suralimentation modérée). L'appétit est meilleur, le poids augmente malgré la persistance de la fièvre qui présente de moins grandes oscillations (38°5 le soir). Vers le mois de février, les signes abdominaux, légers au début, s'accroissent : douleurs plus vives, augmentation du volume de l'abdomen, apparition de gâteaux péritonéaux.

Pendant les mois de février et de mars, l'état général reste bon. P +. Au poumon, les signes ne varient pas ; l'épanchement pleural n'a pas reparu.

Pendant le mois d'avril, les signes de péricardite s'atténuent, les gâteaux péritonéaux deviennent moins nets, mais nouvelle poussée congestive du côté de la plèvre et du poumon droits ; réapparition d'un léger épanchement pleural, avec accentuation des signes de congestion du sommet droit ; mais cette poussée ne dure pas et les signes fonctionnels et généraux s'améliorent de nouveau ; la température revient à la normale, les symptômes péritonéaux s'atténuent.

Juin 1908. — L'enfant a un état général excellent, mine superbe, bon appétit, augmentation progressive du poids.

Au mois de septembre, l'enfant part pour Hendaye ; son état a continué à s'améliorer ; il a repris 4 kgs 600 depuis son entrée.

Localement, rétraction de l'hémithorax droit ; persistance des signes de congestion du sommet droit ; pas de tendance à la symphyse péricardique ; disparition presque complète des gâteaux péritonéaux.

Vu au retour d'Hendaye le 27 février 1909 ; la guérison s'est maintenue ; état général excellent ; localement, mêmes signes physiques qu'au mois de septembre 1908.

OBSERVATION XXXIX

Tuberculose pleuro-péritonéale

L... Eugène, cinq ans.

Depuis un an tousse et crache ; douleurs abdominales depuis un mois.

A l'entrée, 27 avril 1908. — Aspect chétif, très pâle, muqueuses décolorées. Sueurs nocturnes, micropolyadénite. Anorexie, pas de troubles digestifs.

Toux rare, expectoration muqueuse.

Lésions. — Tuberculose pleuro-péritonéale ; ascite libre abondante ; pleurésie double (épanchement plus abondant à gauche).

Evolution. — Pendant le premier mois, température à grandes oscillations (jusqu'à 40° le soir), puis retour à la normale, avec poussées irrégulières, sans relation apparente avec des modifications locales, poids variable jusqu'au 5 juin ; à partir du mois de juin, amélioration notable de l'état général et local ; augmentation progressive du poids : 3 kilogrammes en cinq mois ; bon appétit, joues colorées ; disparition des sueurs, température normale. Localement, après des oscillations dans le volume de l'abdomen, l'ascite disparaît ; apparition des gâteaux péritonéaux qui se résorbent progressivement ; diminution, puis disparition des épanchements pleuraux. Au départ pour Hendaye, le 29 septembre 1908, persistance d'une induration donnant la sensation de la corde épiploïque ; signes d'adénopathie trachéo-bronchique bilatérale, et persistance d'une congestion légère de la base droite.

L'enfant est revu à son retour d'Hendaye, en juin 1909 ; le ventre est souple, non douloureux ; on ne trouve plus de trace des gâteaux péritonéaux ; quelques râles de bronchite aux bases ; l'état général est excellent.

OBSERVATION XL

Tuberculose péritonéale

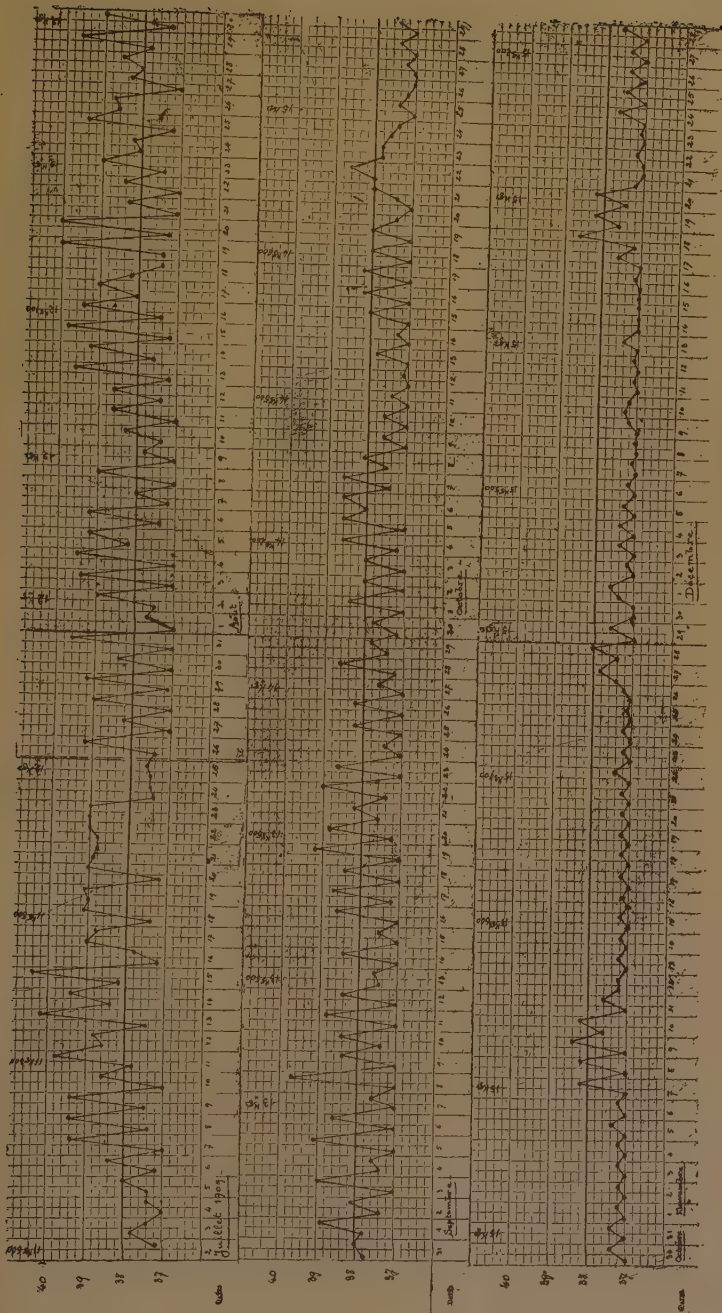
G... Yvonne, sept ans.

Enfant qui tousse et maigrit depuis un an.

A l'entrée, 2 juillet 1909. — Enfant très pâle, anémiée, muqueuses décolorées, très amaigrie, sueurs nocturnes abondantes, micropolyadénite surtout axillaire et cervicale.

Anorexie complète ; vomissements fréquents, surtout après le repas du soir ; diarrhée : deux ou trois selles par vingt-quatre heures, jaunes, très liquides, très fétides.

Toux fréquente ; expectoration peu abondante.



Courbe 5. Obs. XL. Tuberculose péritonéale avec diarrhée.

Lésions. — Conglomération du sommet droit ; congestion du sommet gauche.

Un peu d'ascite ; pas de gâteaux péritonéaux (tuberculose péritonéale ascitique).

Evolution. — Pendant quatre mois (juillet à octobre), peu d'amélioration de l'état général ; teint reste pâle ; poids stationnaire ; température irrégulière à grandes oscillations (37 à 39° et parfois 40) ; diarrhée persistante ; appétit très faible ; persistance des lésions locales (poumons et péritoine). A partir du mois de novembre, l'état général devient meilleur ; l'appétit reprend, la diarrhée disparaît, la température devient normale, présentant pourtant des poussées irrégulières coïncidant avec une reprise passagère de la diarrhée, le poids augmente. En un mois et demi, l'enfant a repris 3 kgs 700. Localement, l'ascite a disparu ; les signes de congestion des sommets n'ont pas varié ; quelques râles de bronchite aux bases.

Du mois de décembre 1909 au mois de janvier 1910, l'état général s'améliore lentement ; l'appétit est capricieux, irrégulier ; la diarrhée reparait par poussées, coïncidant avec une reprise de la fièvre à exacerbations vespérales ; dans l'intervalle de ces poussées, la température reste normale. Le poids reste stationnaire, en gain de 4 kilogrammes sur le poids initial. L'ascite n'a pas reparu. L'induration du sommet gauche persiste,

II. — Tuberculoses ouvertes

Ce groupe comprend des tuberculoses qui sont entrées telles dans le service ou celles qui, beaucoup plus rares, se sont ouvertes pendant le traitement.

En 1902 : 1 fille.

Morte au bout de sept mois, ayant présenté pendant tout son séjour de la fièvre hectique et de la diarrhée, rendant l'alimentation très difficile.

En 1903 : 1 garçon.

Venu avec une infiltration du sommet gauche en voie

de ramollissement ; sorti amélioré au bout de deux mois.

— 4 filles.

Mortes après deux ou cinq mois de séjour, avec cachexie tuberculeuse, diarrhée, grande fièvre.

En 1904 : 4 garçons.

Trois sortis améliorés avec poids + et état général bon. Un mort au bout de trois mois d'une broncho-pneumonie tuberculeuse, après une amélioration au début. (Poids + 3 kilogrammes et fièvre 0).

— 2 filles.

Une gagne 10 kilogrammes en dix mois et ne présente plus l'expectoration bacillifère qu'elle avait à son entrée.

Une sortie non améliorée au bout de deux mois.

En 1905 : 3 garçons.

Morts au bout d'un temps variable (un à six mois).

— 11 filles.

Une au bout de deux mois a pris 2 kilogrammes et l'expectoration a considérablement diminué.

Une autre (v. obs. XLIV) a gagné 12 kilogrammes en six mois, l'expectoration et les bacilles ont disparu.

La troisième a eu une évolution apyrétique et est partie pour Hendaye avec poids + 9 kgs 400.

La quatrième est sortie améliorée, mais après un séjour trop court.

Des sept autres, deux sortent au bout d'un mois et de deux mois et demi sans amélioration, avec poids — et fièvre.

Cinq meurent cachectiques au bout de deux à quatre mois de séjour.

En 1906 : 1 garçon.

Mort cachectique au bout de deux mois et demi.

— 6 filles.

Quatre mortes au bout de trois à quatre mois.

Une sortie non améliorée avec fièvre et poids — au bout de huit mois.

Une sortie améliorée avec poids + au bout de sept mois.

En 1907 : 1 garçon.

Sorti amélioré au bout de sept mois avec bon état général et poids +.

— 7 filles.

Six sorties au bout de cinq à huit mois, l'une d'elles ayant repris 8 kilogrammes en cinq mois ; expectoration complètement disparue.

Une sortie améliorée au bout de trois mois.

En 1908 : 2 garçons.

Un mort cachectique après un deuxième séjour de deux mois et demi.

Un sorti très amélioré et parti pour Hendaye avec disparition de l'expectoration.

— 3 filles.

Sorties très améliorées, l'une d'elles pouvant être considérée comme guérie cliniquement ; état général et local excellent ; poids + 10 kgr. 200 (v. obs. LII).

En 1909 : 2 garçons.

Morts, avec diarrhée et fièvre nectique après séjour de trois et sept mois.

— 5 filles.

Trois mortes de cachexie tuberculeuse.

Les deux autres pouvant être considérées comme guéries attendent dans le service leur départ pour Hendaye.

Au total : 53 malades.

Guéris.....	7
Améliorés.....	16
Stationnaires.....	5
Morts.....	25

Soit 23 résultats sur 53 malades.

OBSERVATION XLI

Tuberculose pulmonaire ouverte

R... Pierre, treize ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Père atteint de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Enfant sujet aux bronchites, toussé depuis sa première enfance.

Depuis un mois, toux plus fréquente ; transpirations nocturnes plus abondantes, fièvre à exacerbations vespérales ; expectoration muco-purulente assez abondante.

Examen à l'entrée, 17 février 1904. — Enfant pâle, anémié, mais ayant conservé un embonpoint suffisant.

Poumons. — Signes de conglomération des deux sommets, plus marqués à gauche.

Toux fréquente. Expectoration abondante (200 gr. en vingt-quatre heures) : crachats nummulaires, jaunes verdâtres, présence de bacilles de Koch.

Mis en cure immédiatement, supporte bien l'alimentation, sans diarrhée, ni vomissements, l'appétit est un peu capricieux.

7 mars. — Etat général un peu meilleur ; pas de modifications des signes pulmonaires.

Durant tout le mois de mars, fièvre à grandes oscillations (37 à 39°3).

Expectoration toujours abondante et bacillifère. Sueurs nocturnes abondantes.

Au sommet gauche, respiration soufflante avec râles humides.

8 avril. — Légère amélioration de l'état général ; reprise du poids ; disparition des sueurs nocturnes et de la toux ; expectoration moins abondante, mais persistance des signes physiques et de la fièvre à grandes oscillations.

28 avril. — L'amélioration persiste, quoique le malade, devenu très turbulent, ne suive la cure que de façon incomplète ; le poids a remonté de 2 kgr. 400 durant ce dernier mois de séjour ; persistance des signes d'adénopathie trachéo-bronchique avec ramollissement du sommet gauche et conglomération du sommet droit.

Le malade est renvoyé du service le 12 mai parce qu'il trouble, par sa turbulence, le repos de ses voisins.

Séjour de trois mois et demi à partir de juillet 1904 ; il revient avec un déficit de 400 grammes sur son poids de sortie précédent (mai 1904). Remis en cure, il fait d'abord une pleurésie droite à faible épanchement qui guérit au bout de trois semaines ; puis l'état général s'améliore suffisamment (gain de 2 kgr. 350, reprise des forces, diminution considérable de l'expectoration qui est pourtant encore bacillifère) pour qu'on puisse

songer à l'envoyer à Hendaye ; les signes persistent aux poumons : signes cavitaires du sommet gauche, s'entendant également en avant et en arrière, signes de conglomération du sommet droit avec râles secs.

OBSERVATION XLII

Tuberculose pulmonaire ouverte.

G... Edouard, quatorze ans et demi.

Tousse depuis un an avec expectoration matinale. Amaigrissement. Fièvre vespérale avec sueurs nocturnes.

A l'entrée, 27 juin 1904. — Pâle, amaigri, thorax aplati, atrophie des muscles du thorax.

Lésions. — Germination du sommet droit avec pleurite. Adénopathie du hile droit : mêmes signes moins prononcés à gauche. Craquements aux deux sommets. Bacilles dans les crachats.

Evolution. — Fièvre irrégulière jusqu'au 1^{er} octobre.

Augmentation de poids avec quelques oscillations : 3 kilogrammes en quatre mois. Part en voie d'amélioration le 18 décembre 1904. A repris ses couleurs, disparition des sueurs nocturnes, relèvement de l'appétit. Sous la clavicule, matité à droite, submatité à gauche ; respiration diminuée à gauche, craquements secs dans toute la hauteur ; à droite, respiration soufflante à timbre creux sous la clavicule, avec râles éclatants humides. En arrière : râles humides au sommet, râles secs dans toute la hauteur du poumon gauche, signes de ramollissement dans les fosses sus et sous-épineuses. Hile soufflant.

En somme, évolution subaiguë vers la caséification et l'ouverture du foyer.

OBSERVATION XLIII

Tuberculose pulmonaire ouverte

R... Blanche, huit ans et demi.

Tousse depuis trois ans avec expectoration abondante, sur-

tout le matin. N'a pas de fièvre, pas de troubles digestifs; appétit conservé.

A l'entrée, 23 janvier 1905. — Enfant d'assez bon aspect, non amaigri. Hémithorax gauche rétracté. Sueurs nocturnes. Anorexie.

Toux fréquente, expectoration abondante. Crachats nummulaires verts, odeur très fétide; présence de bacilles de Koch.

Lésions. — Signes de sclérose pulmonaire avec dilatation bronchique dans toute la moitié supérieure du poumon gauche; (rétraction thoracique, matité, souffle cavitaires avec gargouillements); congestion du sommet droit.

Evolution. — Amélioration rapide de l'état général; réapparition de l'appétit, reprise du poids; diminution de l'expectoration et de la toux; température reste normale dès le début.

Les signes de dilatation bronchique du sommet gauche persistent pendant tout le séjour dans le service, marqués par l'existence d'un souffle à timbre cavitaires et, en outre, quand les cavités bronchiques s'infectent, par des gargouillements qu'accompagnent dans le reste des poumons des râles de bronchite généralisée. La congestion du sommet droit s'atténue.

L'enfant part le 16 mars, ayant repris 2 kilogrammes en un mois et demi.

OBSERVATION XLIV

Tuberculose pulmonaire ouverte

P... Thérèse, quinze ans et demi.

Entre le 10 mai 1905, pour bronchite, durant depuis trois mois; amaigrissement rapide, perte des forces, dyspnée d'effort, fièvre vespérale, sueurs nocturnes, toux émétisante; expectoration purulente, crachats souvent striés de sang, mais pas d'hémoptysies. Disparition des règles depuis trois mois.

A l'entrée. — Etat général mauvais; anémie extrême. Anorexie absolue. Expectoration abondante, purulente, contenant des bacilles de Koch en grand nombre.

Lésions. — Signes cavitaires du sommet droit; infiltration du sommet gauche.

Evolution. — Pendant les premiers mois de séjour, fièvre à exacerbations vespérales (39-39° 5) qui baisse progressivement pour disparaître au bout de cinq mois; l'état général s'est amélioré de façon très notable; Poids + 6 kilogrammes en cinq mois, disparition des sueurs nocturnes, appétit bon, recoloration des téguments; toux moins fréquente; expectoration beaucoup moins abondante, non purulente, ne contient plus de bacilles à partir du mois d'octobre. Les signes pulmonaires n'ont pas varié; les lésions du sommet droit tendent pourtant à la sclérose.

L'amélioration de l'état général et local s'accroît progressivement jusqu'au départ de l'enfant le 14 mars 1906; les règles ont reparu le 26 octobre 1905, l'expectoration a disparu complètement, la malade a une mine superbe; on peut la considérer comme guérie cliniquement. Localement, les signes cavitaires ont disparu au sommet droit où l'on n'entend plus que quelques craquements secs et une respiration soufflante; persistance d'une congestion légère du sommet gauche.

L'enfant reprend son travail à la sortie de l'hôpital; elle est revue souvent depuis en très bon état; à la fin de 1908, elle ne se plaint plus que d'une légère dyspnée d'effort, quand, en septembre 1909, elle est prise brusquement d'une hémoptysie violente et meurt en trois quarts d'heure.

OBSERVATION XLV

Tuberculose pulmonaire ouverte

B... Rachel, treize ans et demi.

Enfant qui tousse depuis son entrée en apprentissage, il y a deux mois.

Expectoration. Amaigrissement. Sueurs nocturnes.

A l'entrée, 5 octobre 1906. — Enfant pâle, aux yeux excavés et éteints; amaigrissement notable portant sur le tissu adipeux et sur les masses musculaires.

Toux fréquente; expectoration purulente, riche en bacilles de Koch.

Lésions. — Infiltration de la force sus-épineuse gauche;

germination du sommet droit; adénopathie trachéo-bronchique gauche.

Rétrécissement mitral.

Evolution. — Au bout du premier mois de séjour, l'état général commence à s'améliorer; diminution de l'expectoration; relèvement de l'appétit; augmentation de poids, (+ 1 kg. 300). La température continue à présenter des exacerbations vespérales (38 et parfois 39°). Localement, les râles sont moins nombreux dans la fosse sus-épineuse gauche.

25 décembre. — Amélioration progressive de l'état général. Disparition des crachats.

20 janvier. — Amélioration générale persistante.

Mêmes signes pulmonaires qu'à l'entrée.

30 janvier au 8 février. — Poussée fébrile, avec aggravation, des signes pulmonaires; réapparition de l'expectoration riche en bacilles; chute de poids.

Durant les mois de février, mars et avril, l'état général se maintient satisfaisant mais le poids reste stationnaire; l'expectoration reparait de temps à autre, coïncidant avec une reprise de la température, qui, en dehors de ces poussées, oscille entre 37 et 37°8. Localement, persistance des signes pulmonaires du début.

L'enfant part pour Hendaye le 31 mai 1907 (poids 33 kgs 600). Elle est revue le 25 mars 1908: état général bon; signes cavitaires du sommet gauche, poids 38 kgs 300.

OBSERVATION XLVI

Tuberculose pulmonaire ouverte

C... Edwige, dix ans.

Tousse depuis un an, à la suite d'une rougeole.

Il y a quinze jours, point de côté droit, s'accompagnant d'un léger état fébrile.

A l'entrée, 11 mai 1907. — Enfant maigre, très anémiée; anorexie, sueurs nocturnes, ni diarrhée ni vomissements.

Lésion. — Pleurésie droite à faible épanchement, avec congestion du sommet droit (tuberculose pleuro-pulmonaire). Adénopathie trachéo-bronchique droite.

Evolution. — 18 mai. — Etat général médiocre ; pas d'appétit ; fièvre à exacerbations vespérales (38°4-38°6) : poids — 400 grammes. Pleurite sèche des sommets ; diminution de l'épanchement pleural droit.

11 juin. — Même état que précédemment, appétit capricieux, fièvre irrégulière ; pourtant reprise du poids : 1.500 grammes en un mois ; a, pour la première fois aujourd'hui, un crachat purulent contenant des bacilles de Koch, S. de congestion à la base gauche ; frottements pleuraux à la base droite.

5 juillet. — Grande amélioration des signes généraux et locaux ; disparition des sueurs nocturnes, reprise de l'appétit ; mais toujours fièvre à exacerbations vespérales (38-38°2), avec retour à la normale pendant plusieurs jours, poids stationnaire, expectoration presque nulle, localement plus d'adénopathie trachéo-bronchique droite, respiration presque normale à la base droite : amélioration de la congestion de la base gauche.

28 avril. — Etat général assez bon, malgré une légère baisse de poids ; température normale depuis le 5 juillet, pas d'expectoration ; peu de signes pulmonaires.

11 août. — La malade part pour Hendaye : assez bon état général, quoique le poids soit stationnaire depuis un mois et demi (en gain de 1 k. sur le poids initial) ; la fièvre n'a pas reparu depuis le 5 juillet, les signes pulmonaires sont très améliorés (persistance de congestion du sommet droit).

OBSERVATION XLVII

Tuberculose pulmonaire ouverte

M... Angéline, douze ans.

Tousse et maigrit depuis un mois ; née de mère tuberculeuse.

A l'entrée, 16 octobre 1907. — Enfant pâle, amaigrie. Sueurs nocturnes. Pas d'asthénie.

Appétit conservé ; digestion facile, pas de diarrhée.

Toux fréquente ; expectoration purulente, abondante, contenant des bacilles de Koch.

Lésions. — Infiltration du sommet droit, avec obscurité respiratoire et quelques râles secs disséminés dans toute la hau-

teur du poumon droit ; adénopathie trachéo-bronchique droite.

Evolution. — Pendant la fin d'octobre et le mois de novembre, peu d'amélioration ; bon appétit, mais poids stationnaire ; température un peu irrégulière (37°8 le soir). Expectoration toujours abondante et bacillifère. Sueurs nocturnes moins abondantes.

Persistance des signes pulmonaires.

Décembre. — Amélioration manifeste ; accroissement du poids (+ 3 kgs 500 depuis l'entrée). Température normale ; diminution de la toux et de l'expectoration. Mêmes signes pulmonaires.

Janvier-février. — Assez bon état général, mais poids reste stationnaire depuis fin décembre jusqu'à fin février ; dès les premiers jours de janvier, l'expectoration ne contient plus de bacilles ; elle a disparu au commencement de février ; reprise de la fièvre (jusqu'à 39°2) pendant tout le mois de janvier ; atténuation en février. Localement, disparition des râles à la base droite, persistance de râles fins secs sous la clavicule droite.

Mars. — Reprise de l'amélioration très marquée ; très bon appétit ; disparition de la fièvre ; poids + 2 kgs 200 dans le mois. L'enfant sort le 24 mars sur la demande de ses parents, en très bon état général (+ 6 kgs en cinq mois et demi, joues colorées ; plus de sueurs, plus d'expectoration. Localement, persistance au sommet droit d'une respiration affaiblie, avec quelques râles secs éclatant à la fin de l'inspiration, et adénopathie trachéo-bronchique droite.

OBSERVATION XLVIII

Tuberculose pulmonaire ouverte

M... Lucie, douze ans.

Depuis six mois, maigrit et perd ses forces.

Il y a quinze jours, point de côté droit, toux et expectoration muqueuse, peu abondante.

A l'entrée, 29 novembre 1907. — Enfant pâle, un peu amaigrissement, asthénique ; sueurs nocturnes.

Appétit bon ; pas de troubles digestifs.

Toux légère; expectoration muqueuse, peu abondante, contenant des bacilles de Koch.

Lésions. — Pleurésie droite tuberculeuse à grand épanchement (atteint presque l'épine de l'omoplate, foie abaissé); infiltration du sommet droit (quelques craquements secs).

Evolution. — Fièvre à grandes oscillations durant le mois de décembre (jusqu'à 40°8) et les premiers jours de janvier; état général médiocre; poids stationnaire; disparition très rapide de la toux et de l'expectoration.

Dès le 9 décembre, diminution spontanée très notable de l'épanchement pleural, persistance des signes du sommet droit.

A partir du mois de janvier, amélioration manifeste locale et générale; température n'oscille qu'entre 37 et 38°, poids remonte rapidement (1 kgr. 200 en un mois).

Localement, disparition presque complète de l'épanchement le 9 janvier, frottements pleuraux et congestion étendue du poumon droit, surtout en arrière.

Du 27 janvier au 10 février, varicelle; la malade interrompt sa cure; l'état général et local reste stationnaire.

A partir du 10 février jusqu'au 12 mai, date du départ pour Hendaye, amélioration continue et régulièrement progressive; l'enfant part avec un gain de 6 kilogrammes sur le poids initial, la mine est superbe, la température est restée absolument normale depuis le 10 février (depuis trois mois); localement, persistance de signes de congestion du poumon droit, dans toute sa hauteur, avec rétraction de l'hémithorax droit. L'expectoration et la toux n'ont pas reparu.

OBSERVATION XLIX

Dilatation bronchique tuberculeuse

M... Albert, huit ans.

Tousse depuis sa première enfance; bronchites à répétition. Amaigrissement.

A l'entrée, mai 1908. — Enfant pâle, chétif, beaucoup moins développé que les enfants de son âge; thorax amaigri; aspect souffreteux, sueurs profuses la nuit.

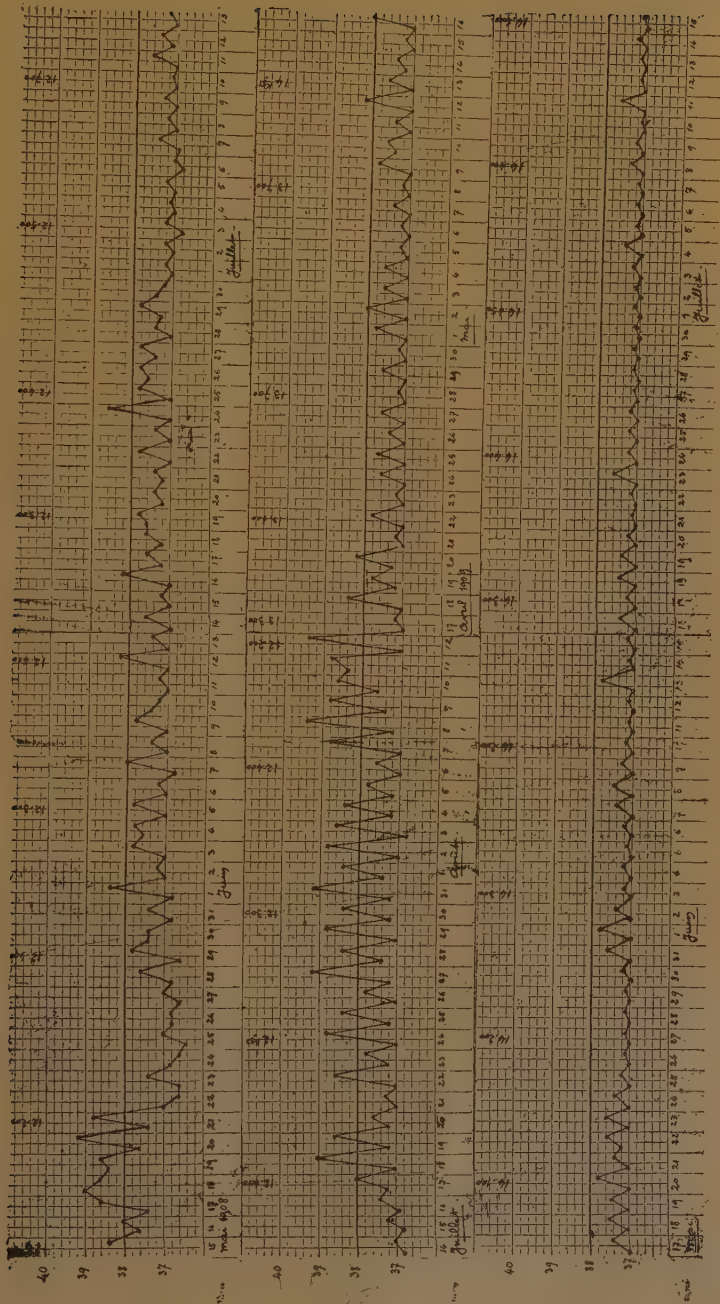
Anorexie ; vomissements fréquents à la suite d'accès de toux, pas de diarrhée.

Toux fréquente. Expectoration muco-purulente très abondante surtout le matin ; pas de bacilles de Koch apparents, mais *tuberculise le cobaye*.

Lésions. — Signes de bronchite généralisée ; mais surtout à la partie moyenne du poumon droit et à la base du poumon gauche, foyers de gargouillements avec souffle cavitairé, qui font penser à l'existence d'une tuberculose excavée de ces deux régions.

Evolution. — Fièvre irrégulière à grandes oscillations vespérales, atteignant 39°5 et même 40 degrés, pendant les quatre premiers mois de séjour, les oscillations devenant de plus en plus faibles à mesure que l'état général s'améliore. Au cours du premier séjour, apparition d'un abcès froid d'origine costosternale, à la région mammaire gauche ; ouverture rapide à la peau et fistulisation. Du côté du poumon, signes variables pendant plusieurs jours, disparition des gargouillements perçus précédemment et persistance du souffle cavitairé, puis réapparition des gargouillements en même temps que reparassent dans le reste des poumons des râles de bronchite ; d'où le diagnostic de dilatation bronchique d'origine tuberculeuse.

Vers le mois d'octobre, l'état général qui est resté précaire commence à s'améliorer ; l'appétit reparait, le poids augmente, les couleurs reviennent et la température reste normale ; localement, les fistules de l'abcès froid costal donnent une suppuration moins abondante, et au poumon, on n'entend plus que le souffle cavitairé de la fosse sous-épineuse droite et de la base gauche. Par poussées irrégulières cependant, durant huit à dix jours, la fièvre se rallume, les gargouillements reparassent ; l'enfant a réinfecté ses dilatations bronchiques, qu'il vide de nouveau par une expectoration muco-purulente où il est impossible de déceler du bacille de Koch, mais leur injection tubérilise à coup sûr le cobaye. Mais ces poussées fébriles deviennent de plus en plus rares et l'état général est tout à fait excellent au mois de mars 1910 ; à ce moment, l'enfant, qui est en gain de 7 kilogrammes sur son poids d'entrée, a une mine superbe ; localement persistance des signes de la dilatation bronchique ; des fistules de l'abcès froid costal, deux sont oblitérées, la troisième ne donne plus qu'une suppuration très rare.



Courbe 7, obs. XLIX. Dilatation bronchique tuberculeuse.

OBSERVATION L

Tuberculose pulmonaire ouverte

T... Raymonde, quatorze ans.

Tousse et maigrit depuis un an (a commencé, à ce moment, son apprentissage dans un atelier de fleuriste plein de poussières et mal aéré).

A l'entrée, 25 janvier 1908. — Enfant pâle, anémiée, muqueuses décolorées ; amaigrissement notable, masses musculaires peu développées ; faiblesse générale, asthénie ; sueurs profuses la nuit ; micropolyadénite, surtout axillaire et cervicale ; anorexie, pas de troubles digestifs.

Toux rare ; expectoration muco-purulente, renfermant de nombreux bacilles de Koch.

Lésions. — Signes d'infiltration du sommet gauche (craquements humides) ; congestion du sommet droit.

Evolution. — Fièvre à grandes oscillations pendant le premiers mois de séjour (jusqu'à 39°4 le soir) ; jusqu'au 10 février, l'état général est médiocre, appétit capricieux, asthénie ; perte de poids, 3 kgs 800 en quinze jours ; mêmes signes pulmonaires, expectoration ne varie pas.

A partir du 10 février, relèvement de l'état général ; en un mois, l'enfant reprend 5 kilos, la température ne dépasse pas 38° le soir ; l'appétit est excellent ; du côté des poumons les signes ne varient guère ; il y a plutôt tendance à l'amélioration cependant ; l'expectoration, toujours bacillifère, est moins abondante.

L'enfant est emmené au bout de deux mois par ses parents ; la cure a été beaucoup trop courte pour qu'on puisse espérer un résultat du traitement ; cependant, au départ, tous les symptômes généraux et locaux étaient améliorés ; l'expectoration avait beaucoup diminué ; la température était presque normale, les sueurs nocturnes avaient presque disparu ; localement, les signes pulmonaires étaient meilleurs ; on pouvait espérer un bon résultat d'une cure prolongée.

OBSERVATION LI

Tuberculose pulmonaire ouverte

L... Rose, treize ans.

Enfant ayant eu jusqu'à douze ans et demi une santé excellente ; elle a commencé à maigrir il y a deux mois, mais pèse encore à l'entrée 60 kgs 300. Accès de fièvre irréguliers, avec sueurs profuses. Toux fréquente.

A l'entrée, 19 février 1908. — Enfant pâle, anémiée, muqueuses décolorées, mais avec un embonpoint marqué (aspect de tuberculeux gras) ; asthénie ; anorexie ; pas de troubles digestifs.

Toux grasse, fréquente, surtout le matin ; expectoration peu abondante, quelques crachats muco-purulents, contenant quelques bacilles

Lésions. — Infiltration du sommet droit avec quelques râles de bronchite à ce niveau, congestion de la base droite.

Evolution. — Amélioration rapide de l'état général, malgré une baisse progressive de poids jusqu'au 6 avril (3 kgs en cinquante jours).

Température reste constamment normale ; relèvement de l'appétit ; disparition de l'asthénie ; persistance de l'expectoration et des signes physiques, sans modification, pendant deux mois et demi.

A partir du mois d'avril, le poids se relève progressivement ; la toux et l'expectoration persistent, mais très diminuées, et l'on ne retrouve plus de bacilles dans les crachats. L'enfant sort le 10 juin, ne présentant plus localement que des signes d'induration du sommet droit ; la congestion de la base droite a disparu. Quoique le poids soit de 1 kg. 300 inférieur au poids initial, l'aspect général est beaucoup meilleur ; les joues sont colorées, les masses musculaires sont fermes, l'enfant est gaie et n'accuse plus les sensations d'abattement et de fatigue dont elle se plaignait à l'entrée.

OBSERVATION LII

Tuberculose pulmonaire ouverte

C... Marie, douze ans.

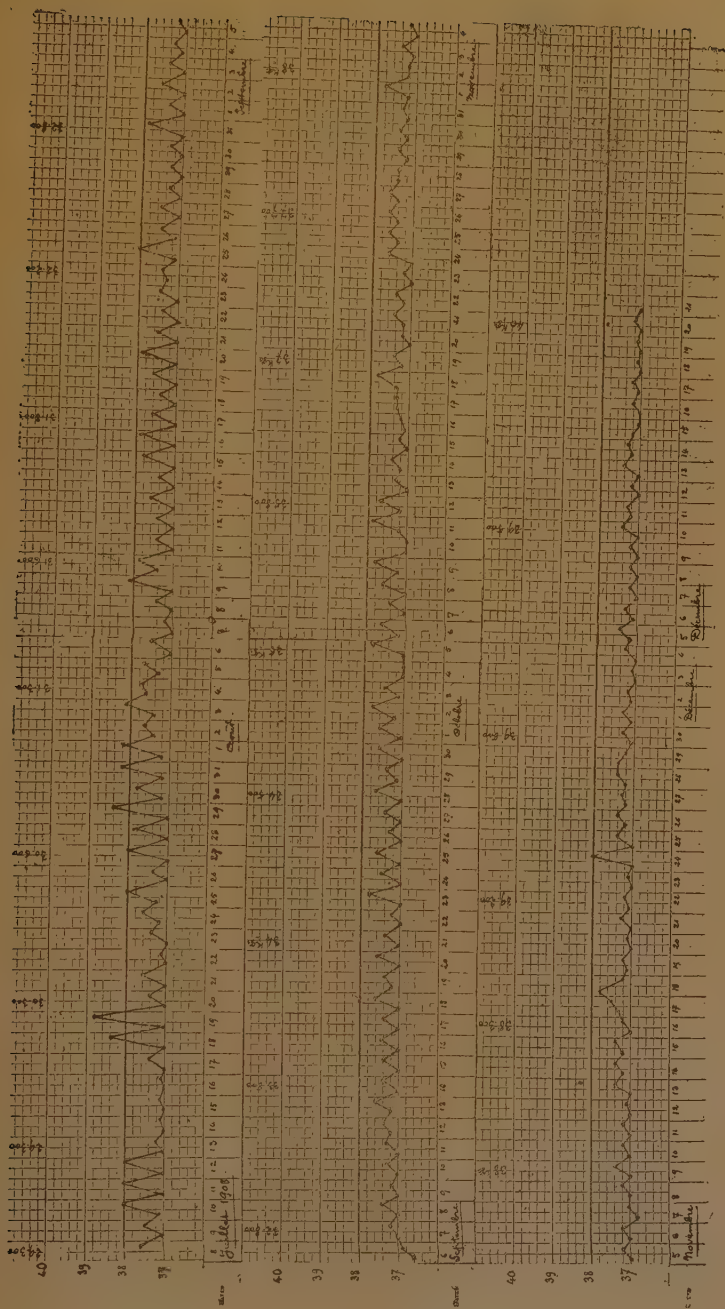
Tousse et crache depuis un an (née de mère tuberculeuse). Amaigrissement progressif ; asthénie ; appétit capricieux.

A l'entrée, 8 juillet 1908. — Enfant très pâle ; état général assez bon ; pas de sueurs nocturnes. Anorexie ; asthénie très marquée.

Toux fréquente surtout le matin ; expectoration abondante, purée de pois, contenant des bacilles de Koch en grande quantité.

Lésions. — Infiltration de tout le poumon gauche, avec prédominance des lésions au sommet ; intégrité à peu près complète du poumon droit.

Evolution. — Amélioration rapide de l'état général ; la température oscille entre 37 et 37°5, présentant parfois une exacerbation vespérale jusqu'à 38° ; appétit très bon, sans troubles digestifs ; disparition de l'asthénie. Au bout d'un mois et demi, la toux est devenue beaucoup moins fréquente, l'expectoration a beaucoup diminué ; à partir du mois de septembre, les crachats ne contiennent plus de bacilles, et dès le milieu du mois d'octobre, l'expectoration a complètement disparu. Le poids se relève de façon régulière et rapidement progressive depuis la première semaine de mise en cure ; quand, au bout de cinq mois et demi, le 20 décembre 1908 l'enfant part pour Hendaye, elle a pris 10 kgs 200 ; elle a une mine superbe, les joues sont colorées, les masses musculaires sont fermes et bien développées. Localement, on ne note plus que de l'induration du sommet et de la base gauches, avec quelques frottements pleuraux ; la respiration est nette dans le reste des poumons.



Courbe 8, obs. LII. Tuberculose pulmonaire ouverte.

OBSERVATION LIII

Tuberculose pulmonaire ouverte

C... Léontine, dix ans et demi.

Enfant née de père et mère tuberculeux. Pleurésie à deux ans ; fait dans le service un premier séjour d'octobre 1906 à mai 1907 pour tuberculose ouverte : abcès froids fistulisés de la joue et du gros orteil gauches. Elle crachait et on trouva des bacilles dans ses crachats. Mise en cure pendant six mois, elle sortit le 31 mai 1907 en excellent état.

Cet état persiste jusqu'en septembre 1907 ; à ce moment, réapparition de la toux et de l'expectoration, amaigrissement notable.

Deuxième séjour. 4 décembre 1907. — Enfant très amaigrie, cependant facies coloré ; appétit bon, digestions faciles. Sueurs nocturnes abondantes.

Toux grasse, avec expectoration muco-purulente peu abondante contenant des bacilles de Koch.

Lésions. — Infiltration du sommet gauche, avec quelques craquements secs ; congestion du sommet droit ; adénopathie trachéo-bronchique droite.

Evolution. — Fièvre pendant le mois de décembre et les premiers jours de janvier ; cependant bon état général ; appétit conservé, poids stationnaire ; du 25 décembre au 9 janvier, poussée congestive sur les deux poumons ; nouveau foyer de broncho-pneumonie tuberculeuse au niveau de la région sous-épineuse droite ; congestion plus étendue du sommet droit ; au sommet gauche, extension des lésions ; cependant disparition des bacilles dans les crachats ; légère baisse de poids, état général médiocre. A partir du milieu du mois de janvier, amélioration lente, mais continue de l'état général ; bon appétit, disparition des sueurs nocturnes ; diminution de l'expectoration qui disparaît complètement à partir du 15 mai 1908 ; augmentation du poids ; localement les lésions ne varient guère ; les signes de congestion du sommet droit ont diminué, mais l'infiltration du sommet gauche est toujours aussi étendue. L'en-

fant quitte le service pour aller à Hendaye le 10 juin 1908, ayant repris 2 kgs. 300 en six mois. Les signes physiques n'ont pas varié, mais l'état général est très bon.

Troisième séjour, 17 décembre 1908. — L'enfant vient de faire à Hendaye un séjour de six mois, d'où elle est revenue très améliorée, au point de vue général; les signes physiques n'ont pas varié.

On la ramène dans le service une troisième fois parce qu'elle a maigri depuis son retour d'Hendaye; elle tousse, mais ne crache pas; persistance de l'adénopathie trachéo-bronchique droite, de la congestion du sommet droit et de l'infiltration du sommet gauche qui est cependant en voie de sclérose.

On l'envoie à la campagne au bout de quinze jours.

OBSERVATION LIV

Tuberculose pulmonaire ouverte

Eléonore P..., sept ans.

9 mars 1903. — Evolution tuberculeuse subaiguë fébrile, avec fièvre pendant trois mois, dont près de quarante jours en deux reprises avec des oscillations entre 38°8 et 40°. Le reste autour de 38 ou entre 37°4 et 38°.

Foyers congestifs successifs au sommet et dans les autres parties du poumon, adénopathie bronchique; pleurésie sèche de la base droite; péritonite tuberculeuse avec ascite ayant apparu dans le service vers la fin de mars. Disparition de l'ascite vers la fin de mai avec un gâteau épiploïque persistant. Disparition des foyers broncho-pneumoniques du sommet à la fin de mai, mais persistance d'induration à ce niveau. Très bon aspect malgré la fièvre.

Durée du séjour: trois mois et onze jours.

Poids lentement progressif à cause des difficultés de l'alimentation surtout au début où la malade présentait des vomissements et de la diarrhée.

Augmentation totale + 3 kilogrammes.

Envoyée à Hendaye où elle fait un séjour de sept mois, puis à Berck où elle reste cinq mois.

Deuxième séjour. — 19 mars-28. mars 1906.

Depuis son retour de Berck, c'est-à-dire depuis un an, l'enfant considérée comme guérie cessa tout traitement.

Depuis deux mois, réapparition de phénomènes généraux en rapport avec un réveil de la tuberculose.

Actuellement. adénopathie trachéo-bronchique aux deux hiles.

Légère induration avec sensation de rénitence dans la fosse iliaque droite et le flanc droit (dans la zone où existaient, il y a trois ans, les gâteaux péritonéaux qui succédèrent à l'ascite).

Aucun phénomène d'obstruction intestinale. Bon état général. L'enfant mange et digère bien et supporte la suralimentation.

Résultat. — Séjour trop court; P. + d'emblée.

Troisième séjour. — 14 février-30 mai 1907.

L'enfant revient dans le service parce qu'elle tousse et maigrit; elle présente des signes de ramollissement du sommet gauche et d'induration du sommet droit. L'expectoration abondante contient des bacilles. Mais l'état général est bon et la température dépasse rarement 37°5. L'enfant est remise en cure.

A la fin de mai 1907, l'expectoration a cessé; la malade a augmenté de 2 kilogrammes. Elle est envoyée une deuxième fois à Hendaye.

Quatrième séjour. — 6-22 avril 1909.

Pendant son deuxième séjour à Hendaye, suppuration d'adénite cervicale tuberculeuse qui s'est cicatrisée ensuite; persistance d'adénopathie trachéo-bronchique bilatérale.

Signes de sclérose des lésions précédemment constatées au niveau des poumons. Bon état général; pas d'expectoration.

Cinquième séjour. — 17 mai-15 juin 1909.

Revient pour adénite tuberculeuse du cou, surtout développée à droite,

Persistance des signes d'adénopathie trachéo-bronchique; mêmes signes de sclérose pulmonaire qu'aux examens précédents; très bon état général. très bon appétit; pas de fièvre. On l'envoie à Hendaye une troisième fois. Elle en revient au bout de six mois, paraissant complètement guérie.

OBSERVATION LV

Tuberculose pulmonaire ouverte

P... Armandine, dix ans.

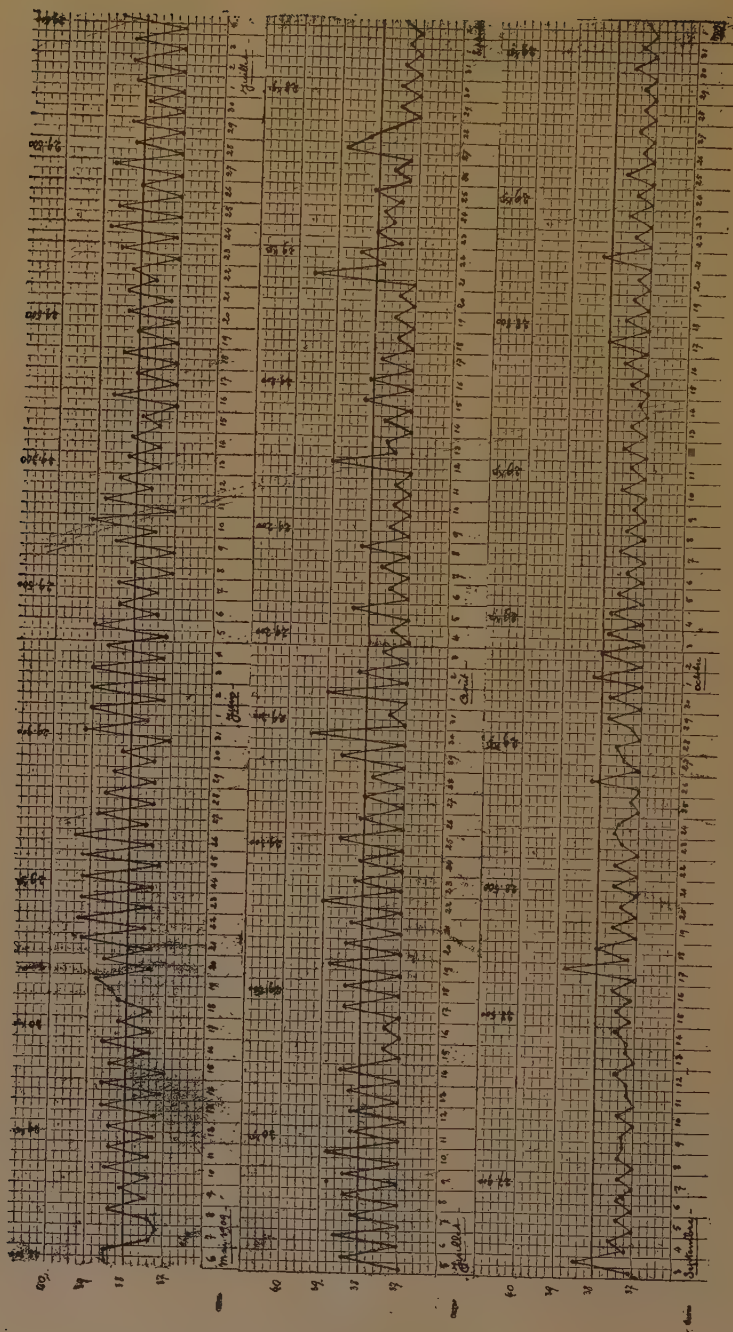
Depuis un mois, douleurs abdominales continues, surtout dans l'hypocondre gauche, anorexie, vomissements au moment des repas ; alternatives de diarrhée et de constipation.

A l'entrée, 6 mai 1909. — Enfant très pâle, anémiée, thorax amaigri, ventre de batracien ; sueurs nocturnes ; *diarrhée*, vomissements.

Toux fréquente ; expectoration peu abondante contenant de nombreux bacilles de Koch.

Lésions. — Ramollissement du sommet gauche, congestion de la base gauche et du sommet droit.

Evolution. — Pendant les trois premiers mois de séjour, température à grandes oscillations, dépassant 40° le soir, pendant les premiers jours de mai, puis diminuant progressivement d'amplitude, pour ne plus osciller qu'entre 37 et 38°, à partir du mois d'août ; parfois cependant, durant les mois de septembre et octobre, en relation directe avec une poussée diarrhéique, la température remonte pendant deux ou trois jours à 38 et même 39°, mais ces poussées deviennent de plus en plus rares, en même temps que les fonctions intestinales se régularisent. Durant le dernier mois de séjour, la température est à peu près normale (37-37°5). Dans les premiers mois, la diarrhée est presque constante, et l'état général est médiocre ; au mois d'août, poussée de péritonite tuberculeuse, avec constitution d'une ascite peu abondante ; puis tout rentre dans l'ordre de ce côté vers le milieu de septembre, et peu à peu, la diarrhée disparaît presque complètement. Durant les six mois de séjour, les effets de la cure ont été constamment contrariés par les poussées diarrhéiques qui ont rendu difficile l'alimentation ; pendant tout le temps, le poids est resté stationnaire, les lésions pulmonaires n'ont pas évolué, mais n'ont pas non plus tendance à la régression ; à la sortie, le 11 novembre, l'état général est assez bon ; l'enfant s'alimente mieux, les sueurs nocturnes ont disparu, l'expectoration ne contient plus de bacilles, mais les signes physiques n'ont pas varié.



Courbe 9, obs. LV. Tuberc ulose pulmonaire ouverte.

OBSERVATION LVI

Tuberculose pulmonaire ouverte

H... Germaine, treize ans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de tuberculose pulmonaire.

A l'entrée, 19 mai 1909. — Aspect anémique très marqué. Toux fréquente, expectoration muco-purulente, contenant du bacille de Koch.

Anorexie complète ; pas de vomissements ni de diarrhée. Sueurs nocturnes.

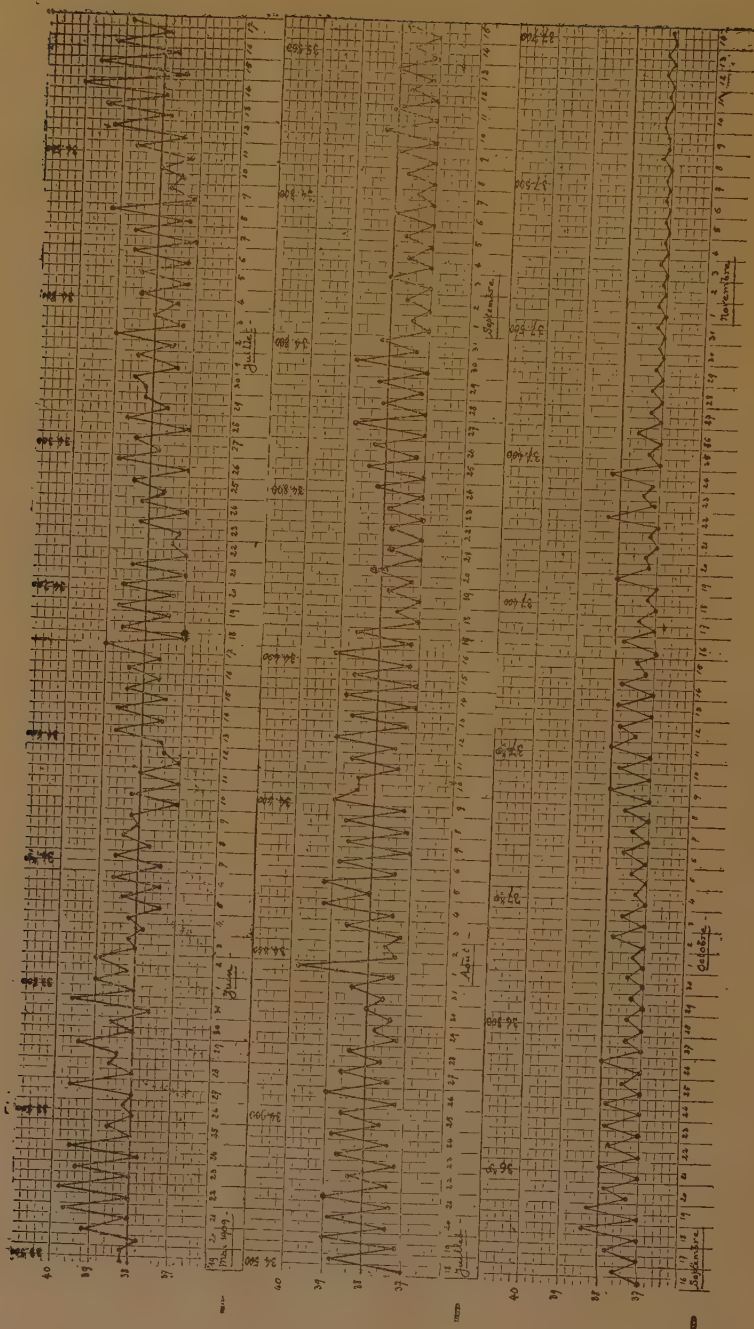
Lésions. — Ramollissement du sommet gauche avec souffle cavitaires dans la partie externe de la fosse sous-claviculaire. Congestion et frottements pleuraux à la base gauche. Congestion du sommet droit.

Evolution. — Pendant trois mois et demi, fièvre à grandes oscillations, la température oscille d'abord entre 39 et 40°5, puis baisse progressivement, tout en oscillant, entre 37 et 38°5, atteignant parfois et dépassant même 39°.

L'appétit reste faible, capricieux ; le poids, en trois mois, n'a augmenté que de 1 kilogramme. Les signes locaux sont plus marqués, surtout au sommet gauche, où le souffle cavitaires s'entend sur une plus large étendue. L'expectoration devient pourtant moins abondante.

Septembre. — L'état général s'améliore beaucoup ; recoloration des joues et des muqueuses, appétit meilleur, disparition des sueurs ; la fièvre présente de moins grandes oscillations, entre 37 et 38°. Le poids a augmenté de 2 kgs 200 dans le mois. L'expectoration a complètement disparu à la fin du mois. Diminution des signes de congestion du sommet droit ; persistance du souffle cavitaires et des gargouillements au sommet gauche.

Octobre-novembre. — Durant le mois d'octobre, l'amélioration s'accroît encore de façon très notable, de telle sorte que la température est devenue tout à fait normale dès les premiers jours de novembre. L'état général est excellent ; l'expectoration et la toux n'ont pas reparu, l'enfant a une mine superbe.



Courbe 10, obs. LVI. Tuberculose pulmonaire ouverte.

Localement, persistance des lésions du sommet gauche perceptibles en avant et en arrière; râles humides moins nombreux; caractère plus sec du souffle cavitaires perçus sous la clavicule gauche.

A partir du mois de novembre jusqu'à l'époque actuelle, (mars 1910), l'enfant n'a pas cessé d'aller de mieux en mieux; la température est restée constamment normale (37-37°2 au maximum le soir); les joues sont roses, l'embonpoint est superbe, et la courbe de poids monte toujours; depuis le mois de mai 1909, l'enfant a pris 7 kilogrammes, l'accroissement du poids étant surtout notable dans les derniers mois (jusqu'à 100 grammes par jour).

Actuellement on note au sommet gauche des lésions de cicatrice (respiration soufflante avec submatité); le souffle cavitaires disparu, et la respiration est bonne dans toutes les autres portions des poumons.

On a la notion très nette que l'enfant est guérie cliniquement et qu'elle peut sortir du sanatorium sans inconvénient, à condition de vivre, sans grandes fatigues, dans un milieu suffisamment aéré.

OBSERVATION LVII

Tuberculose pulmonaire ouverte

B... Hélène, douze ans et demi.

Malade déjà soignée dans le service pour poussée congestive du sommet droit.

A l'entrée, 26 janvier 1910. — Enfant pâle, anémiée, amaigrée; micropolyadénite. Sueurs nocturnes. Anorexie; pas de troubles digestifs (ni vomissements ni diarrhée), toux peu fréquente, expectoration: deux à trois crachats muco-purulents par vingt-quatre heures, contenant des bacilles de Koch.

Lésions. — Signes de ramollissement du sommet droit plus marqués en arrière (râles humides; diminution du murmure vésiculaire), râles de bronchite disséminés, grande amélioration de l'état général.

Evolution. — Réagit vite à la cure; l'appétit se relève, le

poids augmente (2 kgs en un mois et demi) ; la température reste normale depuis l'entrée dans le service. L'expectoration est presque nulle maintenant. Localement les râles humides sont moins nombreux au sommet droit ; les râles de bronchite ont disparu.

CHAPITRE III

Examen critique des résultats

Dans les observations qui précèdent, nous ferons remarquer que nous n'avons que rarement prononcé le mot de guérison, à la sortie de l'enfant, mais que nous nous sommes le plus souvent contenté de signaler le bon état général ou l'amélioration.

En effet, la guérison de la tuberculose, si elle est possible, incontestable et incontestée, est toujours de constatation particulièrement difficile; et il est bien évident que parler de la guérison d'un tuberculeux qui a séjourné six mois ou un an dans un service, c'est parler de la guérison clinique, mais non anatomique, d'une maladie toujours sujette à des réveils. L'amélioration peut se manifester par des signes physiques ou par des signes généraux; quelle valeur doit-on accorder à ces deux ordres de symptômes?

Les signes physiques n'ont pas une valeur absolue; la diminution de la sonorité, la rudesse de la respiration peuvent être les indices d'une germination tuberculeuse aussi bien que les vestiges d'une sclérose pulmonaire, processus de guérison de la lésion précédente.

Les symptômes généraux au contraire (relèvement de l'appétit, retour des forces, de la gaieté, disparition de l'anémie, reprise du poids) ont une valeur très grande pour l'établissement d'un pronostic favorable chez les tuberculeux. Et c'est pourquoi, dans nos statistiques, nous nous sommes borné à donner, comme une preuve de l'amélioration des malades, le gain en poids qu'ils faisaient sous l'influence

du traitement et nous devons ajouter que cette augmentation de poids allait toujours de pair avec un état général florissant et que ces malades ne prenaient pas l'aspect de ces tuberculeux gras sur lesquels Sabourin (1) a justement attiré l'attention. Cette augmentation de poids a manqué presque toujours dans les formes à phénomènes toxiques ou cachectiques précoces qui se sont terminées plus ou moins tard par la mort.

Les résultats que nous avons examinés dans le chapitre précédent nous permettent de diviser les tuberculeux hospitalisés en catégories plus ou moins favorables au traitement :

1° Les formes apyrétiques ou peu fébriles, fermées, localisées aux ganglions du hile et aux poumons, sans phénomènes d'intoxication marqués, sans diarrhée, mais présentant simplement un état d'anémie plus ou moins développé, bien que toujours prédominant ; ce sont celles qui donnent toujours les meilleurs résultats.

Ce sont les malades de choix pour le traitement.

2° Les formes fébriles, même prolongées, ouvertes ou fermées, mais sans phénomènes d'intoxication ou de cachexie précoce, sans diarrhée : le traitement est plus incertain, mais on peut obtenir dans certains cas des résultats très satisfaisants.

3° Les formes cachectiques précoces, avec fièvre à grandes oscillations, accompagnées d'anémie intense et de phénomènes d'intoxication accusés, de diarrhée, formes ouvertes avec bacilles dans les crachats, donnent de mauvais résultats ; les malades sont quelquefois améliorés par un premier séjour, mais ils reviennent quelque temps après pour mourir de cachexie tuberculeuse avec de graves désordres pulmonaires.

4° Les formes extra-pulmonaires (péritonite, pleurésie) ont paru très favorablement influencées dans les mêmes conditions que les formes ci-dessus.

1. Ch. Sabourin, « Les tuberculeux gras » *Journal des Praticiens*, 1903.

En dehors des lésions locales, dont il est naturellement indispensable de tenir compte pour fixer le bilan d'un tuberculeux, deux ordres de symptômes sont d'une importance primordiale dans l'établissement du pronostic : ce sont les troubles digestifs et les troubles nerveux.

Contre l'anorexie, contre les vomissements, contre l'asthénie même, il est encore possible de lutter ; contre la diarrhée, on est en général à peu près désarmé et le pronostic doit être dans ce cas extrêmement réservé.

Chez les enfants enfin, il est encore un élément avec lequel on doit compter, plus peut-être qu'avec un adulte, c'est la bonne volonté du malade à se soigner. Nous avons eu, à certaines périodes, au sanatorium, de véritables épidémies d'indiscipline, des enfants qui jetaient en cachette leurs médicaments, négligeaient de se couvrir à la cure d'air, refusaient systématiquement de s'alimenter, et l'on conçoit qu'il est difficile de conserver un tel enfant dans une collectivité où tous ses camarades sont immédiatement prêts à suivre son exemple. On conçoit aussi que le sanatorium pour enfants n'est possible qu'à la condition de répartir les malades par petits groupes, sur lesquels la surveillance sera aisée.

Arrivé au terme de notre étude sur le sanatorium d'hôpital, et sur ses résultats pratiques, nous voudrions en dégager quelques considérations sur les moyens d'action dont nous disposons dans la lutte contre la tuberculose infantile.

L'organisation d'un sanatorium d'hôpital est possible et peu coûteuse. Mais nous ne pouvons nous dissimuler que les résultats obtenus à l'hôpital Hérold, quoique fort encourageants, sont encore incomplets et insuffisants. Les malades, au sortir de l'hôpital, sont envoyés dans des maisons de convalescence ou rentrent dans leur famille.

A la maison de convalescence, les enfants sont considérés comme des convalescents et non comme des malades ; l'alimentation ordinaire leur est insuffisante ; la cure d'air, le repos ne sont pas de rigueur.

Dans sa famille, l'enfant retrouve le milieu où il s'est contaminé; il entre en apprentissage et supporte des fatigues incompatibles avec une santé fragile.

Et dans l'un ou l'autre cas, l'enfant qui était sorti de l'hôpital avec un état excellent revient amaigri, pâle, avec des lésions tuberculeuses plus étendues qu'à son premier séjour.

Le profit retiré par les enfants de leur cure au sanatorium ne peut donc être acquis de façon définitive, qu'à la condition de continuer ailleurs et pendant longtemps le traitement ainsi commencé.

Aussi ne peut-on que souhaiter vivement la création de colonies agricoles, et d'écoles de plein air où les petits tuberculeux améliorés ou même guéris, trouveraient encore pendant longtemps la nourriture saine et abondante et l'air pur nécessaires à leur complet rétablissement.

CONCLUSIONS

1° Il est possible de soigner, d'améliorer et de guérir, au moins cliniquement, dans un *sanatorium d'hôpital* la grande majorité des enfants tuberculeux ;

2° L'installation de ce *sanatorium d'hôpital* est peu coûteuse et donne des résultats précieux à condition qu'on répartisse les enfants par petits groupes pour éviter l'encombrement et assurer la discipline ;

3° Les résultats du *sanatorium* sont satisfaisants dans toutes les formes de la tuberculose. Les tuberculoses pulmonaires ouvertes, les tuberculoses péritonéales y sont aussi heureusement modifiées que les tuberculoses fermées, pleurales ou ganglionnaires ;

4° Les conditions indispensables au succès de la cure sont : le bon état des voies digestives, la docilité de l'enfant, la durée suffisante de séjour au *sanatorium* ;

5° Ces malades, qu'ils soient améliorés ou guéris cliniquement, restent des sujets de moindre résistance. Il est indispensable, pour les maintenir en état de défense, de les faire vivre, loin des villes, dans des écoles de plein air, des fermes-écoles, des colonies agricoles où ils pourront arriver à la guérison complète et définitive.

Vu : le Président de la thèse

HUTINEL

Vu : le Doyen

LANDOUZY

Vu, et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

